

C.A.B.A. a los días del mes de De 201....

DECLARACION DE CONFORMIDAD DE PERCEPCION DEL BENEFICIARIO

Por la presente el/la/los sr./sra./sres.
..... D.N.I.
Nº..... declara/n su
conformidad de percibir como beneficiario la indemnización que le será
depositada según la información declarada en la denuncia de siniestro, en
concepto de indemnización correspondiente al seguro de vida colectivo
contratado por el G.C.A.B.A., en su carácter de tomador, bajo la póliza Nº
.....y suscripto con la compañía PROVINCIA SEGUROS
S.A., en beneficio de, Ficha
Municipal Nº, CUIL:en su
carácter de asegurado.

La indemnización percibida, emergente de la contratación más arriba
mencionada cumple con lo dispuesto por el Art. Nº 1 del Decreto Nº
1567/74, en consecuencia el contratante o tomador, es decir el G.C.A.B.A. se
encuentra eximido de la responsabilidad impuesta por el Art. Nº 3 del
Decreto Nº 1567/74, renunciando el beneficiario a ulteriores reclamaciones.

.....
Firma del beneficiario Firma del beneficiario Firma del beneficiario

.....
Aclaración Aclaración Aclaración