

TITULO : CERTIFICADO DE SUPERVIVENCIA Para trámite presencial, conforme instructivo de la DPPyR (exclusivo para IPS)	Código: E-213
	Revisión: 1
	Confeccionó: G.M.
	Vigencia: 23/08/16
	Página: 1 de 1

FECHA de de

DATOS DEL BENEFICIARIO						
1	Apellido/s		Nombres		CUIL	
	Fecha de Nacimiento		DNI <input type="checkbox"/> Doc Extr <input type="checkbox"/>	Mail	Teléfono Fijo	Teléfono Celular
	Tipo de Beneficio		N° de Beneficio		En caso de pensión: N° de Beneficio del Causante	
	Domicilio real				Localidad	
	Código Postal	Partido		Provincia	País	
	Domicilio constituido (Ley de Procedimiento Administrativo Dto-Ley 7647/70 - Arts. 24, 25, 26 y 27)				Localidad	Código Postal

DATOS DEL APODERADO PARA PERCIBIR						
2	Apellido/s		Nombres		CUIL/CUIT	
	DNI <input type="checkbox"/> Doc Extr <input type="checkbox"/>		Mail	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	
	Domicilio constituido (Ley de Procedimiento Administrativo Dto-Ley 7647/70 - Arts. 24, 25, 26 y 27)				Localidad	Código Postal

Firma del BENEFICIARIO	
3	El beneficiario asume la responsabilidad de acreditar supervivencia de forma regular cada 6 (seis) meses, conforme instructivo publicado en nuestro sitio WEB. La no acreditación de supervivencia, en tiempo y forma, generará automáticamente la suspensión del pago, hasta que regularice dicha situación.
	Firma: Aclaración: Lugar y Fecha:

4	El Agente de este IPS, que suscribe:
	CERTIFICA que el beneficiario, cuyos datos se exponen en el cuadro 1, se presentó ante mí, en el día de la fecha y que, luego de acreditar su identidad, puedo dar fe de que VIVE Asimismo, la firma colocada en el cuadro 3 fue colocada en mi presencia.
	Firma: Sello: Lugar y Fecha:

Revisión N°	Fecha	Motivos del Cambio
1	23/08/16	Se creó formulario