

Lugar: _____, __ de _____ de 2019.

SANCOR COOPERATIVA DE SEGUROS LTDA.

S _____ / _____ D

De nuestra consideración:

Nos dirigimos a Uds a los efectos de notificar el fallecimiento de _____,
DNI/LC/LE/CI/Pasaporte N° _____, ocurrido el día __/__/_____.

Al respecto informamos en carácter de Declaración Jurada ser los únicos beneficiarios de la suma asegurada correspondiente a la póliza de Vida Colectivo contratada por el Sindicato de Obreros y Empleados de la Minoridad y Educación.

Una vez efectivizado el monto, lo recibimos de plena conformidad en concepto de pago total, cancelatorio y liberatorio, sin tener más nada que reclamar por ningún concepto a Sancor Cooperativa de Seguros Limitada y/o al Sindicato de Obreros y Empleados de la Minoridad y Educación, desistiendo de cualquier acción y/o derecho que nos pudiera corresponder y asumiendo plena responsabilidad ante eventuales reclamos ulteriores que sean a consecuencia del siniestro arriba denunciado.

DETALLE DE BENEFICAIRIOS:

<u>NOMBRE Y APELLIDO</u>	<u>D.N.I.</u>	<u>VINCULO CON EL ASEGURADO</u>	<u>FIRMA</u>
.....
.....
.....
.....
.....
.....

DECLARACION JURADA

IMPUESTO A LA TRANSMISION GRATUITA DE BIENES

PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Conforme a lo dispuesto por el Capítulo IV Artículo 7 de la Resolución Normativa (ARBA Bs.As.) 22/2013, reglamentaria de la Ley 10.397 y sus modificatorias, y en relación con los requisitos y formalidades a presentar ante las entidades de seguros informo lo siguiente:

1..... Declaro bajo juramento haber presentado la declaración jurada y pago del Impuesto a la Transmisión Gratuita de Bienes que dispone la ley 10397 de la Pcia. de Buenos Aires.

2.....No presento declaración jurada del Impuesto a la Transmisión Gratuita de Bienes según Ley 10397 por encontrarme contenido en el artículo 320 del Código Fiscal de la Pcia. de Buenos Aires.

Reconozco como sujeto obligado que, ante la falta de cumplimiento de lo requerido en el punto 1) la entidad aseguradora deberá comunicar por escrito esta situación a la Agencia de Recaudación, indicando mis datos personales o el de los beneficiarios, monto asegurado percibido, fecha de la percepción, tipo de seguro y número de póliza.

Firma

Aclaración

Nº de DNI

Fecha