



SOLICITUD DE CERTIFICACION A LOS EFECTOS DE LA INDEMNIZACIÓN PREVISTA PARA EL RIESGO DE FALLECIMIENTO.

D/D^a, con
 D.N.I. nº, en calidad de¹, con
 domicilio a efectos de notificación  en
²
 de³, teléfonos.....



EXPONE:

Que con fecha, se produce el fallecimiento de D^o/D^a, con D.N.I. nº

Que el difunto se encontraba dentro del colectivo del personal asegurado al amparo de la póliza suscrita por la Comunidad Autónoma, toda vez que era⁴ de la Administración de la Comunidad Autónoma, dentro del Cuerpo Escala, Grupo y con último destino en⁵

Por todo lo expuesto con anterioridad,

SOLICITA:

Le sea expedido el correspondiente certificado acreditativo de la condición de personal asegurado al amparo de esta póliza del difunto, con indicación de la resolución y la fecha del fallecimiento.

_____, a ____ de _____ de 20__

6

¹ Cónyuge, hijo/a, representante, etc.

² Domicilio, calle, portal, piso, puerta, etc.

³ Ciudad.

⁴ Funcionario de Carrera, personal laboral, personal docente, personal estatutario, etc.

⁵ Centro Directivo, Departamento, Instituto, Colegio, etc.

⁶ Dirección General de la Función Pública, Dirección General de Personal de la Viceconsejería de Educación, Dirección Territorial de Educación de S/C de Tenerife o de Las Palmas de Gran Canaria, Dirección General de Recursos Humanos del Servicio Canario de la Salud o Dirección General de Relaciones con la Administración de Justicia.