



Asociación Mutualista Sanitaria del Perú

Decreto Supremo N° 460 de 17 de junio de 1942

SOLICITO: _____

Señor Presidente
Asociación Mutualista Sanitaria del Perú
Lima

Yo, _____ con D.N.I. _____

con domicilio en: _____

trabajador(a) de la dependencia: _____

me dirijo a usted, para solicitar se me haga el pago de lo siguiente:

Auxilio de Retiro	<input type="checkbox"/>	
Auxilio por Invalidez Permanente	<input type="checkbox"/>	
Auxilio de Fallecimiento	<input type="checkbox"/>	_____ Nombre del socio fallecido
Seguro de Sepelio Familiar	<input type="checkbox"/>	Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Conyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/>

REQUISITOS

AUXILIO POR RETIRO - ASOCIADO

- 1.-Resolución de Cese (Legaliz. por Notario ó Fedat. por la Base)
- 2.-D.N.I. del Asociado Copia
- 3.-Última Boleta de Pago Copia
- 4.-Nro. Cuenta Bancaria o Voucher del Banco Copia

AUXILIO POR INVALIDEZ PERMANENTE - ASOCIADO

- 1.-Resolución de Cese (Legaliz. por Notario ó Fedat. por la Base)
- 2.-Acta de Junta Medica (Legaliz. por Notario)
- 3.-D.N.I. del Asociado Copia
- 4.-Última Boleta de Pago con Aportaciones Copia
- 5.-Nro. Cta. Bancaria ó Voucher del Banco Copia

AUXILIO POR FALLECIMIENTO - ASOCIADO

- 1.-Acta Defunción Original
- 2.-D.N.I. del Asociado Copia
- 3.-Última Boleta de Pago con Aportaciones Copia
- 4.-Factura o Boleta de Venta por uso de Nicho o Fosa /Constancia de entierro. Copia
- 5.-Testimonio (Declaratoria de Herederos ó Sucesión Intestada). Legaliz. por Notario
- 6.-Inscripción de Sucesion Intestada a Sunarp (Registro de Herederos) Original ó Legaliz. por Notario
- 7.-D.N.I. de Beneficiarios / Herederos Copia
- 8.-N° Cta. Bancaria de Beneficiarios / Herederos Copia

BENEFICIO POR SEGURO DE SEPELIO FAMILIAR

(Padre, conyuge o hijos menores de 25 años)

- 1.-D.N.I. del Asociado Copia
- 2.-Última Boleta de Pago con Aportaciones Copia
- 3.-Resolución por pago de subsidio ó licencia de Permiso por fallecimiento de familiar (Legaliz. por Notario ó Fedat. por la Base)
- 4.-Partida de Nacimiento del Asociado Original ó Legaliz. por Notario
- 5.-Partida de: Nacimiento (hijo menor 25 años) Original ó Legaliz. por Notario
Matrimonio / Certif. Convivencia Original ó Legaliz. por Notario
- 6.-Acta Defunción Original
- 7.-Factura o Boleta de Venta por uso de Nicho o Fosa /Constancia de entierro. Copia
- 8.-Nro. Cta. Bancaria ó Voucher del Banco Copia

Fecha: _____

Nro. de Cuenta. _____

Banco: _____

Firma del Solicitante

Teléfono: _____

E-mail: _____

NOTA: Los requisitos para el pago de los beneficios serán entregados en su totalidad a la AMSP, de no ser así no serán recepcionados y no se dará trámite. ¡POR FAVOR NO INSISTIR!

Dirección: Jr. Ramón Dagnino N° 117 - Urb. Santa Beatriz - Jesús María (Ref. Alt. Cuadra 6 de la Av. Arequipa)

Teléfonos: 424-3262 / 331-0083