



Asociación Mutualista Sanitaria del Perú

Decreto Supremo N° 460 de 17 de Junio de 1942

SOLICITO: _____

Señor Presidente de la Asociación Mutualista Sanitaria del Perú,

Yo, _____ D.N.I. _____

domiciliado en: _____

trabajador(a) de la dependencia: _____

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

Aux. Retiro Aux. Fallecimiento Aux. Invalidez Seguro Sepelio Fam. ; según los documentos que se adjuntan:

(indicar el parentesco del asociado)

Padre Madre Conyugue Hijo _____ Nombre del Fallecido

AUXILIO POR RETIRO - ASOCIADO

- 1.- Resolución de Cese (Original o Legaliz por Notario/Fedat. por la Base)
- 2.- D.N.I. del Asociado (Copia)
- 3.- Ultima Boleta de Pago con aportaciones (Copia)
- 4.- Voucher del Banco de la Nación ó N° de Cuenta Bancaria (Copia)

AUXILIO POR FALLECIMIENTO - ASOCIADO

- 1.- Acta Defunción (Original)
- 2.- D.N.I. del Asociado (Copia)
- 3.- Ultima Boleta de Pago con aportaciones (Copia)
- 4.- Factura o Boleta de Venta por uso de Nicho o Fosa / Constancia de entierro (Copia)
- 5.- Declaratoria de Herederos ó Sucesión Intestada e Inscripción en la Sunarp donde registran herederos (Copia Legalizada por Notario)
- 6.- D.N.I. de los Beneficiarios (Copia)
- 7.- N° Cta. Bancaria de los beneficiarios (Copia)

AUXILIO POR INVALIDEZ PERMANENTE - ASOCIADO

- 1.- Resolución de Cese (Original o Legaliz por Notario)
- 2.- Acta de Junta Médica (Original o Legaliz por Notario)
- 3.- D.N.I. del Asociado (Copia)
- 4.- Ultima Boleta de Pago con aportaciones (Copia)
- 5.- Voucher del Banco de la Nación ó N° de Cuenta Bancaria (Copia)

BENEFICIO POR SEGURO DE SEPELIO FAMILIAR (Padre, Conyuge o Hijos menores de 25 años)

- 1.- Acta Defunción (Original)
- 2.- Partida de Nacimiento del Asociado (Original o Legalizada por Notario)
- 3.- Partida de nacimiento del Hijo, de Matrimonio ó Certif. Convivencia (Original o Legalizada por Notario) (Según sea el caso)
- 4.- Factura o Boleta de Venta por uso de Nicho o Fosa / Constancia de entierro (Copia)
- 5.- Resolución por pago de Subsidio o de Licencia por fallecimiento del familiar (Copia Legaliz. por Notario ó Fedat. por la Base) (Copia)
- 6.- D.N.I. de los Asociado (Copia)
- 7.- Ultima Boleta de Pago con aportaciones (Copia)
- 8.- Voucher del Banco de la Nación ó N° Cuenta Bancaria (Copia)

Fecha: _____

Firma del Solicitante

Telf.: _____

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!

**REQUISITOS PARA EL PAGO DE AUXILIO POR
FALLECIMIENTO Y/O SEGURO DE SEPELIO FAMILIAR**

1. Partida de Nacimiento (original) si fueran menores de edad.
2. Copia simple de D.N.I. de los beneficiarios mayores de edad

EN CASO QUE SEAN MENORES DE EDAD

Informe Social de la Asistencia de Bienestar Social de la Base donde laboro el asociado, en el que especifique al (los) que se encuentran (n) bajo el cuidado y protección de su señor (a) padre o madre.

NOTA IMPORTANTE:

SOLO EJERCEN PATRIA POTESTAD EL PADRE O LA MADRE DEL MENOR; EN CASO DE QUE LOS MENORES ESTEN BAJO EL CUIDADO DE TERCERAS PERSONAS, SE DEBERA PRESENTAR ORDEN DEL JUZGADO DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE