



**SOLICITUD DE REINCORPORACION VIA RECONSIDERACION  
COMO ASOCIADO DE LA ASOCIACION MUTUALISTA  
SANITARIA DEL PERU - AMSP**

**SEÑOR:**  
**PRESIDENTE DE LA ASOCIACION MUTUALISTA SANITARIA DEL PERU – AMSP.**  
Presente. -

Yo,

\_\_\_\_\_, identificado(a) con DNI. N° \_\_\_\_\_, domiciliado en

\_\_\_\_\_ Distrito de \_\_\_\_\_, Dpto. de \_\_\_\_\_

Ex - Asociado(a) de la base \_\_\_\_\_, Dpto.

de \_\_\_\_\_; que habiendo tomado conocimiento, que he sido

EXCLUIDO(A) como socio(a) por falta de Aportaciones por un periodo mayor a un año,

conforme a lo dispuesto en el Artículo 14° inc. (f) de nuestro Estatuto, concordante con

el Artículo 4° del Reglamento de Previsión Social que a la letra dice: “El asociado que

por cualquier razón deja de cotizar a la asociación por más de un año o 12 meses de

aportes o cuotas continuas o alternas pierde de manera AUTOMÁTICA su condición

de socio (a), no pudiendo exigir el cobro de Auxilios o Beneficios que pudiera haber

generado dentro del tiempo de morosidad. Ni exigir el reembolso de sus aportaciones

anteriores, ello, de conformidad con lo dispuesto por el Art. 91° y 125° del código civil

respectivamente; en consecuencia, solicito por su intermedio se RECONSIDERE dicho

Acto de Exclusión, y con ello recuperar mi calidad de Asociado activo y seguidamente

seguir aportando conforme los nuevos requisitos y/o condiciones vigentes.

\_\_\_\_\_  
(Lugar y Fecha)

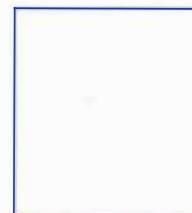
\_\_\_\_\_  
(Firma Idéntica al DNI)

**Nombres:**

**DNI:**

**Teléfono:**

**Email:**



Huella Dactilar