



# SINDICATO NACIONAL MÉDICO DEL SEGURO SOCIAL DEL PERÚ SINAMSSOP

## SOLICITUD DE FONDO SOLIDARIO DE JUBILACIÓN

SEÑOR:

PRESIDENTE DEL COMITÉ DE ADMINISTRACIÓN DEL FONDO SOLIDARIO DE JUBILACIÓN

Presente. -

### I.- INFORMACIÓN DEL AFILIADO

NOMBRES:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD:  DNI  CE  PASAPORTE N°

FECHA DE NACIMIENTO:  EDAD:

PROFESIÓN:   CMP  COP  CQF N°

HOSPITAL / POLICLÍNICO:

LLENAR SOLO EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL AFILIADO

### II.- INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO

NOMBRES:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD:  DNI  CE  PASAPORTE N°

GRADO DE PARENTESCO:  CÓNYUGE  HIJOS  OTROS HEREDEROS

Solicito se me brinde el beneficio económico que ofrece el FSJ.

Agradeciendo la atención a la presente.

..... FIRMA	Nombre: <input type="text"/> DNI: <input type="text"/> CELULAR: <input type="text"/> EMAIL: <input type="text"/> NRO. DE CTA. BANCARIA: <input type="text"/>
----------------	--

ADJUNTO LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:

POR CESE	POR FALLECIMIENTO
<input type="checkbox"/> COPIA LEGIBLE DNI	<input type="checkbox"/> ACTA DE DEFUNCIÓN
<input type="checkbox"/> RESOLUCIÓN DE CESE	<input type="checkbox"/> SUCESIÓN INTESTADA
<input type="checkbox"/> CARTA DE CESE	<input type="checkbox"/> DNI BENEFICIARIO (S)
<input type="checkbox"/> 3 ÚLTIMAS BOLETAS	<input type="checkbox"/> PARTIDA DE MATRIMONIO
<input type="checkbox"/> OTROS	<input type="checkbox"/> CARTA DE AUTORIZACIÓN DE OTROS BENEFICIARIOS

FECHA: