



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: ESPECIALIDAD:

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:
	DNI:
	CELULAR:
	EMAIL:
	NRO. DE CTA. BANCARIA:

ADJUNTO LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:

POR CESE	POR FALLECIMIENTO
☐ COPIA LEGIBLE DNI	☐ ACTA DE DEFUNCIÓN
☐ DOCUMENTO QUE INDIQUE CESE (RESOLUCIÓN, CARTA, MEMORÁNDUM, OTROS)	☐ SUCESIÓN INTESTADA
☐ ÚLTIMA BOLETA	☐ DNI BENEFICIARIO (S)
☐ OTROS	☐ PARTIDA DE MATRIMONIO
	☐ CARTA DE AUTORIZACIÓN DE OTROS BENEFICIARIOS

Borrar datos

Imprimir

FECHA: