



## SOLICITA: PAGO DE BENEFICIOS DEL FONDO DE FALLECIMIENTO

**Sr.(a) Presidente del Consejo de Administración del Fondo de Retiro y Fallecimiento de los Trabajadores, Pensionistas y Ex Trabajadores del Seguro Social de Salud.**

Yo, .....  
 con D.N.I. .... domiciliado en .....  
 Distrito ..... Provincia ..... Departamento .....  
 con teléfono N° ....., con el debido respeto, me presento y digo:

Que habiendo fallecido mi .....  
 Asociado(a) Titular, en actividad (  ) Cesante (  ) fallecido el, ..... / ..... / .....  
DÍA MES AÑO

Solicito a Usted, Sr(a) Presidente, se sirva ordenar la apertura del “**SOBRE DE DECLARACIÓN DE BENEFICIARIOS**” y la entrega del Beneficio Económico del **FONDO DE FALLECIMIENTO** que corresponda de acuerdo al Estatuto, para lo cual adjunto los siguientes documentos:

- Partida de Defunción del Asociado en original.
- Documento que acredite el derecho del solicitante, según corresponda (D.N.I., Partida de Matrimonio o Nacimiento, Sucesión Intestada) en original o fedateada por FOPASEF (Personal autorizado o Representante).
- Copia simple de DOS (02) Últimas Boletas de Pago de Renumeración o Pensión.
- En el caso de Asociado Activo, debe presentar adicionalmente copia simple de su Resolución de Cese.

**Por lo expuesto:**

Pido a Usted Sr.(a) Presidente, acceder a mi solicitud por ser de Justicia.

Atentamente,

Nombres y Apellidos: .....

Nro de D.N.I.: .....

Firma: .....

..... de ..... del 20.....

**NOTA:**

En el caso de no existir la Declaración de Beneficiarios, deben acompañar la Sucesión Intestada en original o copia legalizada notarialmente.