



ASOCIACIÓN MUTUALISTA DE OFICIALES DE LA PNP

SOLICITUD DE BENEFICIO MUTUAL DE FALLECIMIENTO

Yo, _____, identificado con CIP o DNI N° _____ con domicilio en _____

teléfono _____ me presento para manifestar que habiendo fallecido mi _____, identificado(a) como _____

_____ en la ciudad de _____

el día, _____ conforme Acta o Partida de Fallecimiento que adjunto, es que solicito se me abone el Beneficio por Fallecimiento que corresponda, según lo establecido en el Estatuto y Reglamento de la AMOF-PNP.

Lima, ____ de _____ del 200__

Firma y post-firma

DOCUMENTOS ADJUNTOS

TITULAR

- Acta De Defunción original del Registro Civil (Municipio)
- Fotocopia CIP/DNI
- Partida de Nacimiento o Matrimonio, según el caso, original del Registro Civil (Municipio).

FAMILIA (En caso de fallecimiento)

- Acta De Defunción original del Registro Civil (Municipio)
- Partida de Nacimiento o Matrimonio, según el caso, original del Registro Civil (Municipio).
- Fotocopia legalizada del Documento de Identidad.
- Carta Declaratoria o Copia Certificada de Declaratoria de Herederos inscrita en Registros Públicos.

CONFORMIDAD		APROBADO	
RECEPCIÓN	ASESORÍA LEGAL	JEFATURA	GERENCIA



AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO DE APORTACIONES

Yo, _____,
identificado con CIP N° _____ prestando servicios en _____
AUTORIZO a la Dirección de Economía y Finanzas de la Policía Nacional del Perú a efectuar los descuentos correspondientes a mi Planilla de Remuneración y/o Asignación de combustible por concepto de APORTACIONES como asociado de la AMOF-PNP incluyendo la mora que se genere por el no pago de este concepto. Realizo la presente autorización en pleno uso de mis facultades personales, siendo esta autorización DE PLAZO INDETERMINADO conforme a lo establecido en el artículo 2º del Decreto Supremo N° 114-2002-PCM.

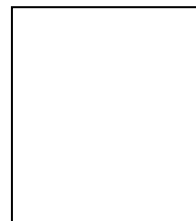
La presente autorización es de carácter irrevocable, ya que como asociado de la AMOF-PNP vengo ejerciendo los derechos y usando los beneficios que otorga la AMOF-PNP a sus asociados.

En señal de conformidad firmo el presente documento.

Lima, ____ de _____ del 200 ____

Grado : _____
DNI : _____
Unidad de Servicio : _____
Dirección Domiciliaria : _____
Teléfono Domicilio : _____
Teléfono Unidad : _____

Firma : _____



* El no estar al día en el pago de sus aportaciones le quitara la condición de Asociado Hábil no pudiendo hacer uso de los diferentes beneficios que otorga la AMOF-PNP, por ello en caso de que no tenga capacidad de descuento por planilla, usted podrá hacer el pago de aportaciones directamente en caja en nuestras oficinas.