



ASOCIACIÓN MUTUALISTA DE EMPLEADOS CIVILES DE LA FUERZA AÉREA "AMECFA"

Av. Nueva Tomás Marsano N° 1583 - 1585 - Surquillo - Telefax: 449-0287 - Telfs.: 260-8014 / RPM #374377
www.amecfa.org

Señor
Presidente del Consejo Directivo de AMECFA
Presente.-
S.P.

1.- YO,

(Apellidos y Nombres)

CON GRADO N.S.A. D.N.I. DOMICILIADO EN

(AV. / JR. / CALLE / URBANIZACION)

DISTRITO

PROVINCIA

TELEFONO

LLENAR SOLO EN CASO DE NO SER TITULAR:

2.- EN MI CONDICIÓN DE: APODERADO CONYUGE PADRE HIJO

DEL ASOCIADO N.S.A. D.N.I.

DOMICILIADO EN

(Av./Jr./Calle)

(Urbanización)

(Distrito)

(Provincia)

Teléfono

3.- Ante usted respetuosamente me dirijo y solicito:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> APERTURA DE CARTA DECLARATORIA | <input type="checkbox"/> AUX. MUTUAL POR FALLECIMIENTO HIJO |
| <input type="checkbox"/> AUXILIO MUTUAL POR FALLECIMIENTO ASOCIADO | <input type="checkbox"/> AUXILIO MUTUAL POR CESANTIA |
| <input type="checkbox"/> ADELANTO 50% AUXILIO POR FALLECIMIENTO ASOCIADO | <input type="checkbox"/> APOYO ECONOMICO - FONDO DE SALUD |
| <input type="checkbox"/> AUXILIO MUTUAL POR FALLECIMIENTO CONYUGUE | <input type="checkbox"/> INCREMENTO DE APORTES AL FOSAP |
| <input type="checkbox"/> AUXILIO MUTUAL POR FALLECIMIENTO DE PADRE | <input type="checkbox"/> REFINANCIAMIENTO DE PRESTAMO |
| <input type="checkbox"/> AUXILIO MUTUAL POR FALLECIMIENTO DE MADRE | <input type="checkbox"/> OTROS |

Justificación: _____

4.- Para tal efecto adjunto los siguientes documentos:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> PARTIDA DE NACIMIENTO SOCIO | <input type="checkbox"/> CERTIFICADO DE DEFUNCION |
| <input type="checkbox"/> PARTIDA DE NACIMIENTO HIJO | <input type="checkbox"/> RESOLUCION DE CESE DE LA FAP |
| <input type="checkbox"/> PARTIDA DE MATRIMONIO | <input type="checkbox"/> CERTIFICADO DE SOLTERIA (Hijo de 10 a 18 Años) |
| <input type="checkbox"/> PARTIDA DE DEFUNCION SOCIO | <input type="checkbox"/> ESTADO DE CUENTA |
| <input type="checkbox"/> PARTIDA DE DEFUNCION CONYUGUE | <input type="checkbox"/> BOLETA DE PAGO FAP |
| <input type="checkbox"/> PARTIDA DE DEFUNCION PADRE | <input type="checkbox"/> COMPROMISO PARA NO SOLICITAR PRESTAMO |
| <input type="checkbox"/> PARTIDA DE DEFUNCION MADRE | <input type="checkbox"/> INFORME DE MEDICO Y/O ASISTENCIA SOCIAL |
| <input type="checkbox"/> PARTIDA DE DEFUNCION HIJO | <input type="checkbox"/> OTROS..... |

5.- Declaro bajo juramento que los documentos que adjunto son verdaderos, en caso contrario me someto a las normas legales vigentes.

Lima, _____ de _____ del 20 ____

Firma: _____

D.N.I. N° _____

HUELLA DIGITAL

