

SOLICITUD DE BENEFICIO



A LLENAR POR EL COLEGIO REGIONAL

Fecha de presentación:

Firma del administrativo:

Sello del Colegio Regional:

PARA DEPÓSITO DE BENEFICIO

Autorizo al Fondo de Previsión Social depositar el monto correspondiente al beneficio por

.....
En el Banco // N° de Cuenta

SEÑOR (A) DOCTOR (A).

DECANO DEL COLEGIO ODONTOLÓGICO REGIONAL DE

S.D.

Yo D.N.I.

(Nombre y apellidos)

Titular (si) Colegiado N° Titular (No) Parentesco con el titular

Domiciliado en

Teléfonos / Correo electrónico

Por intermedio suyo, solicito al Consejo de Administración del FPS, el beneficio de:

ENFERMEDAD

ACCIDENTE

(Como adelanto parcial de mi capital de fallecimiento)

Documentos adjuntos:

Certificado de salud con los siguientes datos requeridos:

Diagnóstico

Fecha de inicio de la enfermedad o accidente

Fecha de inicio y tiempo de descanso médico

Firma, sello y número de colegiatura del médico tratante

Fecha de emisión

Formulario de solidaridad

Si adjunta exámenes auxiliares, porque el caso es complejo, especifique.

MATERNIDAD (Como adelanto parcial de mi capital de fallecimiento)

Documentos adjuntos:

Certificado o partida de nacimiento del recién nacido.

Formulario de declaración jurada

INVALIDEZ (Como adelanto total de lo que me corresponda por capital de fallecimiento).

Documentos adjuntos:

Certificado de salud, con los datos requeridos:

Diagnóstico Fecha de inicio de la enfermedad o accidente

Fecha de prescripción de imposibilidad permanente de laborar en la profesión

Firma, sello y número de colegiatura del médico tratante

Exámenes auxiliares, especifique

FALLECIMIENTO Y/ O SEPELIO

Nombre del fallecido C.O.P. N°

Documentos adjuntos:

Copia de la partida o certificado de defunción.

Copia del comprobante de los gastos funerarios

(En caso de que los gastos funerarios hayan sido subsidiados por una entidad, el beneficio por sepelio, se hará efectivo, previa presentación de un documento emitido por la entidad subsidiaria).

EXONERACIÓN

Documentos adjuntos:

Copia de su documento de identidad.

Declaro:

Que los datos consignados, se ajustan a la verdad.

Fecha:.....

.....
Firma

RECUERDE: De no cumplir con los requisitos estipulados no podrá solicitar su beneficio.