

COOPERATIVA DE SERVICIOS MÚLTIPLES ALAS PERUANAS

SOLICITUD DEL BENEFICIO

PREVISIÓN SOCIAL N°.....

SEÑOR PRESIDENTE DEL CONSEJO DE ADMINISTRACION – COOPALASPE

Presente

El suscrito(a) en su calidad de beneficiario del autoseguro de Previsión Social-Alaspe, solicita el otorgamiento del beneficio, por el fallecimiento del señor(a).

APELLIDOS Y NOMBRES (COMPLETOS)

DATOS DEL BENEFICIARIO :

APELLIDOS Y NOMBRES (COMPLETOS)

CIP

DNI

FECHA NAC.

CORREO ELECTRONICO

DIRECCION ACTUAL

DISTRITO

PROVINCIA

DEPARTAMENTO

TELEFONO

DATOS DEL APODERADO (SOLO CON CARTA PODER) :

APELLIDOS Y NOMBRES (COMPLETOS)

CIP

DNI

FECHA NAC.

CORREO ELECTRONICO

DIRECCION ACTUAL

DISTRITO

PROVINCIA

DEPARTAMENTO

TELEFONO

DATOS BANCARIOS OBLIGATORIOS:

Para el depósito del Subsidio

DEPOSITAR SUBSIDIO EN: Seleccionar con (X)

() CUENTA DEL BENEFICIARIO

() CUENTA DEL APODERADO

NOMBRE DEL BANCO

Nro. DE CUENTA EN SOLES

Nro. DE CUENTA INTERBANCARIO (CCI) - 20 DIGITOS

FIRMA DEL BENEFICIARIO / APODERADO

HUELLA
DIGITAL

Jr. Pachacútec Nro 2052 - Jesús Maria - Teléfonos: 01 701-2565 / 988 440 963

www.cooperativaiescoop.pe Email: prevision@cooperativaiescoop.pe