



SOLICITUD DE SUBSIDIO

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)

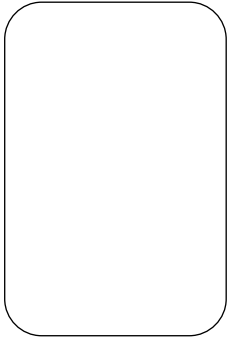
DATOS DEL BENEFICIARIO :

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: <small>Seleccionar con (X)</small> <input type="checkbox"/> CUENTA DEL BENEFICIARIO <input type="checkbox"/> CUENTA DEL APODERADO	FIRMA DEL BENEFICIARIO / APODERADO	
NOMBRE DEL BANCO		
Nro. DE CUENTA EN SOLES		
Nro. DE CUENTA INTERBANCARIO (CCI) - 20 DIGITOS		
		HUELLA DIGITAL