

ANEXO 2

FORMATO DEL FORMULARIO DE AVISO DE FALLECIMIENTO

LOGO AFP	FORMULARIO DE AVISO DE FALLECIMIENTO				Fecha			
					DÍA	MES	AÑO	
					Oficina Regional			
N° Solicitud			NUB			N° Formulario		
1. IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO FALLECIDO:								
Nombre del Beneficiario fallecido								
Primer Apellido		Segundo Apellido		Apellido del Esposo		Nombres		
Documento de Identidad		Número de Documento		Estado Civil				
CI [] RUN [] LM []				Soltero [] Casado [] Divorciado [] Viudo []				
Nacimiento				Fallecimiento				
Lugar	Fecha			Lugar	Fecha			
	DÍA	MES	AÑO		DÍA	MES	AÑO	
ÚLTIMA DIRECCIÓN DEL BENEFICIARIO FALLECIDO								
Departamento	Provincia	Ciudad o Localidad		Zona/Barrio		Teléfono		
Domicilio Particular		Número / Bloque		Oficina / Departamento		Casilla		
2. IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE:								
Nombre del solicitante								
Primer Apellido		Segundo Apellido		Apellido del Esposo		Nombres		
Documento de Identidad		Número de Documento		Estado Civil				
CI [] RUN [] CE [] PAS []				Soltero [] Casado [] Divorciado [] Viudo []				
Parentesco con el fallecido		Sexo	Fecha de Nacimiento		Lugar de nacimiento		Nacionalidad	
		M []	DÍA	MES	AÑO			
		F []						
DIRECCIÓN DEL SOLICITANTE								
Departamento	Provincia	Ciudad o Localidad		Zona/Barrio		Teléfono		
Domicilio Particular		Número / Bloque		Oficina / Departamento		Casilla		