

ANEXO 2

FORMATO DEL FORMULARIO DE AVISO DE FALLECIMIENTO

LOGO AFP	FORMULARIO DE AVISO DE FALLECIMIENTO			Fecha
	DIA	MES	AÑO	
	Oficina Regional			
Nº Solicitud	NUB			Nº 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	
	M []	DÍA MES AÑO		
	F []			
DIRECCIÓN DEL SOLICITANTE				
Departamento	Provincia	Ciudad o Localidad	Zona/Barrio	Teléfono
Domicilio Particular		Número / Bloque	Oficina / Departamento	Casilla