



## SOLICITUD DE BENEFICIO

Sr. General PNP Presidente de la Asociación Mutualista "HONOR Y LEALTAD"

### DATOS DEL TITULAR O CAUSANTE

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	
Asociado titular ( )	VIUDA (o) ( )	Familiar ( )	
GRADO _____	ACT _____	RET _____	_____
Unidad de Pago CPMP _____	_____	DIRECFIN _____	_____
DOMICILIO Av./Calle /Psje N° Mz./Ite Urb. AAHH			
Distrito _____	Provincia _____	Departamento _____	
e mail _____	telf fijo/celu _____		
n° de cuenta _____	DNI. _____		
CODOFIN _____	CIP _____		

### DATOS DEL FAMILIAR

Causante ( )

Solicitante ( )

Nombre	_____		
Parentesco	_____		
DNI	_____	TELF	_____
Domicilio	_____		

### BENEFICIOS

- |   |                                     |
|---|-------------------------------------|
| ( ) AUXILIO DE RETIRO                               | ( ) ASISTENCIA MUTUAL               |
| ( ) AUXILIO MUTUAL (Apertura de carta declaratoria) | ( ) AMPLIACION DE ASISTENCIA MUTUAL |
| ( ) AUXILIO FUNERARIO (Por el titular)              | ( ) AUXILIO FUNERARIO FAMILIAR      |
| ( ) APOYO POR SALUD Y CATASTROFE                    |                                     |

FECHA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma



HUELLA