

## SOLICITUD POR FALLECIMIENTO DEL HIJO MENOR DE 18 AÑOS

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 202\_\_  
(Ciudad) (día) (mes)

Señor Doctor

**BENJAMÍN ARTURO LINO RODRIGUEZ**

**Director del Fondo de Bienestar Social del Médico - FOSEMED**

Presente.-

De mi consideración:

Me dirijo a usted para saludarlo y a la vez informar sobre el sensible fallecimiento de mi menor hijo

\_\_\_\_\_ identificado/a con  
(Nombres y apellidos del hijo menor de 18 años)

\_\_\_\_\_ fallecido/a el \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(DNI) (fecha de fallecimiento)

Adjunto a la presente los siguientes **documentos escaneados originales y actualizados (máximo 3 meses de antigüedad)**:

- DNI actual del médico titular y del hijo(a) menor de 18 años. (ambos lados)
- Acta de defunción del hijo menor de edad emitida por RENIEC (ambos lados).
- Acta de nacimiento del hijo menor de edad.

Por lo tanto, solicito el pago del beneficio por fallecimiento del hijo menor de edad.

Atentamente,

\_\_\_\_\_  
(Nombres y apellidos del médico titular) (DNI)

\_\_\_\_\_  
(Firma del médico titular)

### Datos personales del médico titular:

N° de CMP: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Banco: \_\_\_\_\_ N° de Cuenta: \_\_\_\_\_

Código Interbancario (CCI): \_\_\_\_\_