

SOLICITUD POR FALLECIMIENTO DEL TITULAR

_____, ____ 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 del doctor/a

_____ identificado/a con
(Nombres y apellidos del doctor/a)

_____ fallecido/a el ____/____/____ del Consejo Regional
(CMP) (fecha de fallecimiento)

(Número y nombre del Consejo Regional)

Adjunto a la presente los siguientes documentos:

- **Anexo 1:** Requisitos según el orden prevalente (Documentado y actualizado).
- **Anexo 2:** Datos personales de los beneficiarios.
- **Anexo 3:** Declaración Jurada Notarial.

Seleccione el parentesco del o de los beneficiarios (de acuerdo al artículo 14 del Reglamento FOSEMED)

	PRIMER ORDEN Esposa, conviviente, hijos menores de edad, hijos mayores discapacitados
	SEGUNDO ORDEN Hijo(s) mayor(es) de edad
	TERCER ORDEN Padre(s)
	CUARTO ORDEN Hermano(s)

Por lo tanto, solicito el pago del beneficio por fallecimiento del titular.

Atentamente,

(Nombres y apellidos del solicitante) (DNI)

(Firma del solicitante)

ANEXO 1

Los documentos originales y actualizados (máximo 3 meses de antigüedad) a presentar según el orden prevalente, son los siguientes:

Se deberá adjuntar los siguientes documentos de forma obligatoria.

- DNI¹ vigente del médico fallecido. (ambos lados)
- Acta de defunción emitida por RENIEC (ambos lados).
- Certificado de defunción, en el que figura la causa de fallecimiento (ambos lados).
- DNI vigente de los beneficiarios o del beneficiario. (ambos lados)

PRIMER ORDEN: Esposa, conviviente, hijos menores de edad, hijos mayores discapacitados.

- Acta de matrimonio y/o partida de matrimonio civil del médico fallecido(ambos lados).
Conviviente: Inscripción de la unión de hecho emitido por la SUNARP.
- Acta de nacimiento del o de los hijos menores de edad y/o hijo(s) discapacitado(s).
- Certificado de discapacidad.
Tutor o curador: Presentar poderes emitidos por la SUNARP

SEGUNDO ORDEN: Hijo(s) mayor(es) de edad

- Acta de matrimonio y/o partida de matrimonio civil del médico fallecido(ambos lados)
Conviviente: Inscripción de la unión de hecho emitido por la SUNARP.
- Acta de defunción del cónyuge del médico titular fallecido.
- Certificado negativo de unión de hecho.
- Constancia negativa de inscripción de matrimonio.
- Acta de nacimiento del o de los hijos.

TERCER ORDEN: Padre(s)

- Acta de matrimonio y/o partida de matrimonio civil del médico fallecido(ambos lados).
Conviviente: Inscripción de la unión de hecho emitido por la SUNARP.
- Acta de defunción del cónyuge del médico titular fallecido.
- Certificado negativo de unión de hecho.
- Constancia negativa de inscripción de matrimonio.
- Acta de nacimiento del médico titular fallecido.

CUARTO ORDEN: Hermano(s)

- Acta de matrimonio y/o partida de matrimonio civil del médico fallecido(ambos lados).
Conviviente: Inscripción de la unión de hecho emitido por la SUNARP.
- Acta de defunción del cónyuge del médico titular fallecido.
- Certificado negativo de unión de hecho.
- Constancia negativa de inscripción de matrimonio.
- Acta de nacimiento del médico titular fallecido.
- Acta de nacimiento del o de los hermanos beneficiarios
- Acta de defunción de los padres.

¹ En caso de pérdida o robo del DNI, se deberá presentar el certificado de inscripción de RENIEC (C4) junto a la denuncia correspondiente

ANEXO 2

Registrar los datos personales de todos los beneficiarios (Imprimir este anexo más de una vez de ser necesario)

Datos del beneficiario 1

Nombres y apellidos: _____
N° de DNI: _____ Teléfono: _____
Correo electrónico: _____
Dirección: _____
Banco: _____ N° de Cuenta: _____
Código Interbancario (CCI): _____

Datos del beneficiario 2

Nombres y apellidos: _____
N° de DNI: _____ Teléfono: _____
Correo electrónico: _____
Dirección: _____
Banco: _____ N° de Cuenta: _____
Código Interbancario (CCI): _____

Datos del beneficiario 3

Nombres y apellidos: _____
N° de DNI: _____ Teléfono: _____
Correo electrónico: _____
Dirección: _____
Banco: _____ N° de Cuenta: _____
Código Interbancario (CCI): _____

Datos del beneficiario 4

Nombres y apellidos: _____
N° de DNI: _____ Teléfono: _____
Correo electrónico: _____
Dirección: _____
Banco: _____ N° de Cuenta: _____
Código Interbancario (CCI): _____

ANEXO 3
MODELO DE DECLARACIÓN JURADA (NOTARIAL)

Yo, _____ identificado/a con
(Nombres y apellidos del solicitante)

_____ domiciliado en _____
(DNI / CE y número de documento) (dirección del solicitante)

me presento ante el Colegio Médico del Perú, para informar del sensible fallecimiento del
Dr. / Dra. _____
(Nombres y apellidos del médico titular fallecido)

con CMP _____ fallecido el ____/____/_____
(CMP) (fecha de fallecimiento)

Que según las normas vigentes (**artículo 14 del Reglamento de FOSEMED**), la asignación económica se otorga de acuerdo al ordenamiento legal vigente, según el orden prevalente de los derechohabientes, mismo que es excluyente. **Hago de conocimiento que los beneficiarios del Fondo de Fallecimiento del Titular, según el orden prevalente, son:**

	PRIMER ORDEN: Esposa / conviviente, hijos menores de edad, hijos mayores discapacitados
	SEGUNDO ORDEN: Hijo(s) mayor(es) de edad
	TERCER ORDEN: Padre(s)
	CUARTO ORDEN: Hermano(s)

Detallando nombres, apellidos y DNI de todos y cada uno de los beneficiarios:

Nombres y apellidos	Número de DNI	Parentesco

Manifiesto que lo mencionado responde a la verdad de los hechos y tengo conocimiento que, si lo declarado es falso, estoy sujeto a los alcances de lo establecido en el Código Penal, si en caso cometo falsedad, simulando o alterando la verdad intencionalmente, para lo cual firmo y cumplo con legalizar mi firma ante Notario Público

_____, ____ de _____ del 202_
(Ciudad) (día) (mes)

Atentamente,

(Nombres y apellidos del solicitante) (DNI)

(Firma del solicitante)