



**Mutual Nacional de Funcionarios del
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social**
Personería Jurídica según Decreto N° 11292 de fecha 23 de noviembre de 2000

COMUNICACIÓN DE FALLECIMIENTO DE SOCIO Y SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE APORTES

En la Ciudad de _____, de _____ del 20 ____.

Señor

PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DIRECTIVA

Mutual Nacional de Funcionarios del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Asunción, Paraguay

El/la que suscribe _____, con C.I. N° _____, tiene el agrado de dirigirse a Usted y por su digno intermedio, a los Miembros de la Comisión Directiva, con el objeto de comunicar el fallecimiento del Socio/a _____ con C.I. N° _____, acaecido en fecha ____/____/____ en la Ciudad de _____. Y en carácter de beneficiario/a, como _____, solicito los aportes correspondientes a su condición de Socio Activo.

N° de teléfono celular : _____

ADJUNTO LAS SIGUIENTES DOCUMENTACIONES

- Copia de Cedula de Identidad del Socio Fallecido
- Copia de Certificado de Defunción del Socio
- Copia de Sentencia de Declaratoria de Herederos
- Copia de Certificado de Matrimonio
- Copia de Certificado de Nacimiento
- Copia de Cedula de Identidad del Beneficiario
- Copia de Sentencia Definitiva de Matrimonio Apere

FIRMA

ANÁLISIS DE LA SECCIÓN DE ADMISIÓN Y RETIRO DE SOCIOS

Fecha de Ingreso: ____/____/____ Fecha de Baja: ____/____/____
Antigüedad: _____ MESES Aporte Acumulado: Gs. _____
Importe a devolver: Gs. _____ Fecha de devolución: ____/____/____

Reúne los requisitos: SI
NO

Observaciones: _____

RESPONSABLE DE ÁREA

JEFE DE SERVICIOS OPERATIVOS

VERIFICACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE CONTROL INTERNO

Firma y Sello del Responsable:

Fecha: ____/____/____

RESOLUCIÓN DE LA COMISIÓN DIRECTIVA

APROBADA () RECHAZADA () Sesión N° _____ fecha ____/____/____