



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.

Nº 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

ANALISIS 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: ____/____/____
SI ☐
Reúne los requisitos NO ☐
Observaciones: _____

RESPONSABLE DE ÁREA

JEFE DE SERVICIOS OPERATIVOS

VERIFICACION DEL DEPARTAMENTO DE CONTROL INTERNO

Firma y Sello del Responsable:
Fecha: ____/____/____

RESOLUCIÓN DE LA COMISIÓN DIRECTIVA

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