



SOLICITUD CAMBIO DE BENEFICIARIO

NO. DE EXPEDIENTE

Lugar y fecha: _____

Yo _____
(Nombre completo del Asociado)

Con calidad de asociado(a) _____
(Activo Laborante, Activo Optativo Ex Salubrista o Jubilado, Optativos: Cónyuge, Hijo, Planta Administrativa y Otras Dependencias)

con número de Documento Personal de Identificación con CUI _____, por este medio comparezco a **EXPONER:**

- I) Otorgo nueva DECLARACIÓN DE BENEFICIARIOS de la prestación póstuma que en mi calidad de asociado de la Asociación de Auxilio Póstumo del Empleado de Salud Pública, se genere a mi fallecimiento, la cual acompaño y que revoca cualquier declaración anterior.
- II) Hago de su conocimiento que no sé o no puedo firmar, por lo que estampo en la presente solicitud la impresión digital de mi dedo pulgar derecho u otro que se especifica, la cual utilizo actualmente en los documentos públicos y privados que otorgo.
- III) Con los datos proporcionados en la presente solicitud sea actualizada la información en el sistema que se utiliza en la Asociación.

DATOS GENERALES

Residencia: _____

Municipio: _____ Departamento: _____

Teléfono(s): _____ Correo Electrónico: _____

Dirección para recibir notificaciones: _____
Para que el envío de correspondencia sea eficiente favor proporcionar su dirección exacta.

DATOS LABORALES

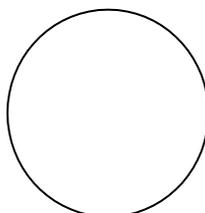
Lugar de Trabajo: _____
(En caso de ser asociado Ex-Epleado del Ministerio de Salud Pública consignar el último lugar de trabajo)

Municipio: _____ Departamento: _____

Cargo que desempeña o desempeñó: _____

PETICION:

Que se resuelva en el sentido de aceptar el cambio de beneficiarios de prestación póstuma que presento.



Impresión del Pulgar Derecho u otro: _____ del solicitante

TESTIGO A RUEGO: El asociado que no sabe o no puede firmar, además de dejar la impresión digital del dedo pulgar derecho u otro que se especificará, se auxiliará de un testigo a ruego no pariente. (Arto. 23 de Reglamento General de Estatutos)

Nombre completo del testigo a ruego: _____

DPI con CUI: _____

Hago constar que el asociado no puede firmar por el siguiente motivo: _____

f) _____
Firma del Testigo a Ruego

IMPORTANTE

- 1) La presente está sujeta a resolución de aceptación o rechazo por Junta Directiva y/o Gerencia.
- 2) Cualquier anotación no contemplada en el artículo 7º. del Reglamento del Programa de Prestación Póstuma se tendrá por no válida.
- 3) Los nombres del asociado y los beneficiarios deben consignarse tal y como aparecen en sus documentos de identificación.
- 4) Al dejar de laborar en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) ya sea por renuncia, destitución, jubilación u otra circunstancia, debe informar inmediatamente a la Asociación y seguir aportando su cuota; los asociados que incurran en mora por haber dejado de pagar hasta seis meses consecutivos dejarán de ser asociados de "ASAPESPU", sin necesidad de declaración, resolución o notificación alguna, no procediendo el pago de prestación póstuma.