



**“AVISO DE FALLECIMIENTO ASOCIADO INTESTADO “**

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

SEÑOR GERENTE  
ASOCIACION DE AUXILIO PÓSTUMO DEL  
EMPLEADO DE SALUD PÚBLICA

Por ser presunto Heredero manifiesto del fallecimiento de la siguiente persona:

**DATOS DEL ASOCIADO FALLECIDO**

Nombre Completo: \_\_\_\_\_

Documento de Identificación CUI: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Fecha del fallecimiento: \_\_\_\_\_

Con calidad de Asociado: \_\_\_\_\_  
Activo Laborante, Activo Optativo, Optativos (Cónyuge, Hijo, Planta Administrativa y Otras Dependencias)

Ultimo cargo desempeñado cuando laboró para Salud Pública? \_\_\_\_\_

Institución: \_\_\_\_\_

Ubicada en el Departamento: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL PRESUNTO HEREDERO QUE REPORTA EL FALLECIMIENTO DEL ASOCIADO**

Nombre Completo: \_\_\_\_\_

Qué parentesco existía entre el asociado fallecido? \_\_\_\_\_

Documento de Identificación CUI. \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

f) \_\_\_\_\_  
Firma del Presunto Heredero o huella dactilar del pulgar  
derecho en caso de no saber o no poder firmar

ARTÍCULO 23º: TESTIGO A RUEGO NO PARIENTE: Si el beneficiario 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 dentro de los grados de ley, que cumpla los requisitos legales, en los documentos o formularios que presente ante la asociación, consignando los siguientes datos:

Nombre completo del testigo a ruego: \_\_\_\_\_

Documento Personal de Identificación CUI: \_\_\_\_\_

Hago constar que el PRESUNTO HEREDERO no sabe o no puede firmar por el siguiente motivo:

\_\_\_\_\_  
.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL TESTIGO A RUEGO

**ARTÍCULO 23. IMPROCEDENCIA DEL ANTICIPO:**

No se dará el anticipo para gastos funerarios en los siguientes casos:

- Quando el asociado no haya declarado beneficiarios de la prestación póstuma en el formulario respectivo o aún existiendo declaración, la misma conste en testamento sin haber agotado el proceso respectivo; y,
- Quando todos los beneficiarios hayan fallecido previo a entregarse el anticipo para gastos funerarios.



**ENTREVISTA PARA TRAMITE DE ASOCIADO FALLECIDO INTESTADO**

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

**COMPROMISO:** Doy fe que toda la información que a continuación proporciono al Representante Departamental y/o Departamento de Secretaría General, es verídica y no tengo inconveniente que la misma sea verificada, sujetándome a las normas internas de la Asociación y Leyes del País.

**DATOS DEL ASOCIADO FALLECIDO**

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Documento Personal de Identificación CUI: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Fecha del fallecimiento: \_\_\_\_\_

Causas del fallecimiento: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Cuántos hijos procreó el fallecido: \_\_\_\_\_

Nombre de esposo (a) o compañero (a) de Hogar: \_\_\_\_\_

Nombre de los Padres: \_\_\_\_\_

	SI	NO	SI	NO
Se encuentran con vida los Padres del asociado:	Madre		Padre	

Cuántos Hermanos tenía el asociado? \_\_\_\_\_ Cuánto tiempo laboró para Salud Pública? \_\_\_\_\_

Qué puestos ocupó el asociado en Salud Pública? \_\_\_\_\_

**DATOS DE LA PERSONA QUE REPORTA EL FALLECIMIENTO DEL ASOCIADO**

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Documento Personal de Identificación CUI : \_\_\_\_\_

Qué parentesco existía entre el asociado fallecido? \_\_\_\_\_

Dirección y Teléfono: \_\_\_\_\_

f) \_\_\_\_\_  
Firma del Presunto Heredero ó huella dactilar del pulgar  
derecho en caso de no saber o no poder firmar

ARTÍCULO 23º: TESTIGO A RUEGO NO PARIENTE: Si el beneficiario 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 dentro de los grados de ley, que cumpla los requisitos legales, en los documentos o formularios que presente ante la asociación, consignando los siguientes datos:

Nombre completo del testigo a ruego: \_\_\_\_\_

Documento Personal de Identificación con CUI: \_\_\_\_\_

Hago constar que el PRESUNTO HEREDERO no puede firmar por el siguiente motivo:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL TESTIGO A RUEGO

ANTE MI:

Nombre \_\_\_\_\_  
Representante Departamental, Órgano de Dirección, Delegado Distrital y/o  
Depto. Secretaría de ASAPESPU

Firma

Sello