



COOPERATIVA DE SERVICIOS ESPECIALES  
"Ayuda Mutua"  
DE LOS EMPLEADOS Y EX-EMPLEADOS DEL BANCO DE LA NACION  
FUNDADA EL 18 DE OCTUBRE DE 1973

INSCRITA EN LA SUNARP COMO COOPAM-BN EL 14.10.2010

*¡Trabajamos para Proteger a Usted y a su Familia!*



Lima, ..... de .....del .....

Señor  
Gerente  
Cooperativa "Ayuda Mutua"  
Presente.-

Fallecimiento de:  
 Socio Titular  
 Familiares

Me dirijo a usted, para hacer de su conocimiento el Fallecimiento de mi (.....) don  
(a).....  
ocurrido el día ..... en la ciudad .....

Por tal motivo solicito a usted se sirva disponer que se me otorgue el beneficio por fallecimiento, que me pudiera corresponder por ser socio de dicha Cooperativa.

Por tanto ruego a usted señor Gerente, acceder a mi solicitud por ser de justicia.

Nombre y Apellidos: .....

Nº D.N.I. .... Código Nº ..... (Socio titular)

Dirección: .....

Distrito: ..... Departamento: .....

Teléfono ..... correo electrónico: .....

Nº Cta. Ahorros B.N. ....

Si usted es el socio titular, indicar forma de pago      Cheque       Abono

Condición del Titular:      Activo       Pensionista       Feban       Otros

En caso de fallecimiento del socio titular, el o los familiares debidamente registrados en la ficha de inscripción de este, tendrán 30 días calendario a partir del fallecimiento del socio titular para manifestar su deseo de seguir aportando o no a nuestra Institución.

Usted desea continuar aportando a la Institución:    SI        NO   

De ser afirmativa la decisión, se deberá continuar aportando la cuota establecida, a fin de no incurrir en las causales de exclusión señaladas en nuestro Reglamento, bajo responsabilidad del solicitante.

Atentamente,

.....  
Firma

**NOTA:**

Adjunto los documentos solicitados para el beneficio:

- Partida de Defunción Original
- Copia simple del Certificado de Defunción.
- 1 copia fotostática simple de D.N.I. del Fallecido y Titular o solicitante
- Documento que acredite el parentesco del solicitante con el fallecido.
- Ultima boleta de pago