**MUTUAL DE MEDICOS ANESTESIOLOGOS DE CAPITAL Y GRAN BUENOS AIRES**

 **Dr. JUAN F. ARANGUREN 1301 – (C1405CSA) BUENOS AIRES – Tel./Fax: 4431-0062 / 9599**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Solicitud subsidio fallecimiento** |  |  |  |
| Esta solicitud sólo será válida si se encuentra acompañada por el formulario de declaración jurada de salud.  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Datos del Asegurado |   |   |   |   |
| **Apellidos** |  |  | **Nombres** |  |  |
|   |   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |
|  **Tipo y Número de documento** |  | **Fecha de nacimiento (\*)** |
|   |   |   |  |  / / |
| **(\*) Debe tener 50 años o menos.****Estado Civil (**marque con **X** lo que corresponde**)** |  |  |  |
| Soltero | Casado | Viudo | Divorciado |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Domicilio Particular: Calle** | **Numero** | **Piso / Dto** | **Cod. Postal** |
|   |   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |
| **Localidad** |  | **Provincia** |  | **Teléfono** |  |
|   |   |   |   |   |   |

**Datos de los beneficiarios**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Apellidos y nombres** | **Tipo y Nro de doc.** | **Parentesco** | **% del beneficio** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**OBSERVACIONES**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

FECHA:

FIRMA:

ACLARACIÓN