**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