

# SOLICITUD DE BENEFICIO



## A LLENAR POR EL COLEGIO REGIONAL

Fecha de presentación: .....

Firma del administrativo: .....

Sello del Colegio Regional: .....

## PARA DEPÓSITO DE BENEFICIO

Autorizo al Fondo de Previsión Social depositar el monto correspondiente al beneficio por

.....

En el Banco // N° de Cuenta

.....  
El FPS – COP se exime de responsabilidad si los datos consignados no son correctos (Art. 40° Reglamento del FPS-COP).

SEÑOR (A) DOCTOR (A).....

DECANO (A) DEL COLEGIO ODONTOLÓGICO DEL PERÚ - REGIÓN.....

Yo ..... D.N.I.....

(Nombres y apellidos)

Titular (si)  Colegiado N° ..... Titular (No)  Parentesco con el titular .....

Domiciliado en .....

Teléfonos ..... / ..... Correo electrónico .....

Por intermedio suyo, solicito al Consejo de Administración del FPS, el beneficio de:

**ENFERMEDAD O ACCIDENTE**

(Como adelanto parcial de mi capital).

Documentos adjuntos:

Certificado médico ( firma, sello y número de colegiatura del médico tratante colegiado y habilitado).

Copia DNI.

Formulario de declaración jurada.

Exámenes auxiliares, especifique.

.....  
.....

**MATERNIDAD**  (Como adelanto parcial de mi capital).

**Documentos adjuntos:**

- Acta de nacimiento o DNI (original o copia legalizada) del recién nacido.
- Formulario de declaración jurada.
- Copia de DNI.



**INVALIDEZ**  (Retiro total de mi capital).

**Documentos adjuntos:**

- Certificado de salud, con los datos requeridos:
  - Diagnóstico
  - Fecha de inicio de la enfermedad o accidente
  - Fecha de prescripción de imposibilidad permanente de laborar en la profesión
  - Firma, sello y número de colegiatura del médico tratante
- Copia de DNI
- Otros Documentos, especifique:.....

**FER**  (Retiro total de mis aportes).

**Documentos adjuntos:**

- Declaración jurada (Firma legalizada)
- Copia de DNI

**BETER**  (Retiro Total de mi capital).

**Documentos adjuntos:**

- Certificado de salud, con los datos requeridos:
  - Diagnóstico
  - Fecha de inicio de la enfermedad
  - Firma, sello y número de colegiatura del médico tratante, colegiado y habilitado
- Copia de DNI
- Otros documentos, especifique:.....

**BEFAC**  (Como adelanto parcial de mi capital).

**Documentos adjuntos:**

- Acta de defunción (original o copia legalizada)
- Acta de nacimiento (hijo menor)
- Formulario de declaración jurada
- Acta de matrimonio o declaración jurada en caso de convivencia
- Copia de DNI
- Otros documentos, especifique:.....

**FALLECIMIENTO Y/ O SEPELIO**

Nombre del Fallecido:.....C.O.P.N°.....

**Documentos adjuntos:**

- Acta de defunción (original o copia legalizada)
- Boleta de gastos
- Copia de DNI
- Otros documentos, especifique:.....

Declaro: Que los datos consignados, se ajustan a la verdad.

Fecha:.....

.....  
**Firma**

**RECUERDE:** De no cumplir con los requisitos estipulados no podrá solicitar su beneficio.