

SOLICITUD DE BENEFICIO POR INVALIDEZ

Fecha: ____ de _____ de 20__

Señor

Gerente General de Derrama Magisterial

Presente.-

Yo _____,
identificado(a) con DNI N° _____, con Código Modular N° _____ y con domicilio
en _____, del distrito de _____, provincia
de _____, departamento de _____, con teléfono _____,
con correo electrónico _____, siendo cesado(a) por
invalidez permanente y total con Resolución N° _____, el día ____ de _____ de
_____ en el centro educativo _____, del distrito
de _____, provincia de _____, departamento de _____, y habiendo sido
nombrado(a) desde el ____ de _____ de _____, según la Resolución de Nombramiento N°
_____, solicito a usted lo siguiente:

Que ordene el otorgamiento del Beneficio por Invalidez que me corresponde como asociado de la institución que usted dignamente dirige. Adjunto para ello todos los requisitos exigidos al dorso de esta solicitud.

Asimismo, autorizo que el depósito de mi beneficio se realice a través de:

- Cuenta de Ahorros (haber) del Banco de la Nación N° _____
- Cheque de Gerencia del Banco de Crédito del Perú

Atentamente,



DNI N°

Firma

REQUISITOS PARA SOLICITAR BENEFICIO POR INVALIDEZ

1. Solicitud de beneficio (formato DM)
2. Resolución de cese por invalidez original o fedateada por la entidad emisora
3. Dictamen o informe médico con naturaleza permanente y grado total o menoscabo mayor a 66.6%, autenticada por la entidad emisora.
4. Verificación del dictamen médico (ver nota)
5. DNI

Nota: La verificación del dictamen médico se acreditará según corresponda:

- a. Si el Dictamen médico es emitido por COMAFP: Docente deberá validar por correo electrónico a través de acomafp@asociacionafp.com.pe y reenviarnosla a consultasbeneficios@derrama.org.pe
- b. Si el Dictamen médico es emitido por ESSALUD: Docente deberá firmar una Declaración Jurada de Invalidez (formato DM), de manera presencial (autenticado por DM) o video llamada.