



MUPEN

MUTUAL DEL PERSONAL DEL

SERVICIO PENITENCIARIO FEDERAL

CRED/BENEF	
SOCIO	

**SUBSIDIO POR FALLECIMIENTO
DECLARACION DE BENEFICIARIOS**

DATOS DEL ASOCIADO

El Sr.	DNI	
Unidad	Grado	que ingreso como asociado el día
bajo la categoría	, declara conocer y aceptar el reglamento de Subsidio por Fallecimiento vigente.	

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS

	APELLIDO Y NOMBRES	FECHA NACIMIENTO	PARENTESCO	TIPO Y N° DE DOCUMENTO
1				
2				
3				

"Por lo que declaro que en caso de mi fallecimiento deseo que el subsidio correspondiente sea ABONADO UNICAMENTE a la/las personas detalladas precedentemente. Si al momento de liquidarse el subsidio alguna/s de ellas fueren menores de edad, doy mi plena conformidad para que el importe correspondiente se haga efectivo a quienes ejerzan la patria potestad."

Buenos Aires,

FIRMA _____

CERTIFICO, que la firma que precede, corresponde al/ala Sr/Sra cuyos datos se registran en la presente "DATOS DEL ASOCIADO"

RECIBIO Y ENTREGO RECIBO :

FECHA DE RECEPCION:

OBSERVACIONES: