

FORMATO N°08 REINSCRIPCION PARA SOCIO INACTIVO POR DEUDA



FONAFUN PNP

Fondo de Apoyo Funerario

I. DATOS DEL SOLICITANTE

1. NOMBRES :
2. APELLIDOS :
3. GRADO Y SITUACIÓN :
4. CORREO ELECTRÓNICO :
5. D.N.I. N° :
6. CIP.N° :
7. UNIDAD LABORAL :
8. TELÉFONO :
8. N° DE CUENTA BANCARIA : C.C.I.:
8. DIRECCIÓN :

Que, siendo mí deseo volver a ser considerado como afiliado voluntario activo al FONAFUN-PNP y recuperar los beneficios que otorga y en consideración al Acuerdo de Directorio del 28ABR2017 que aprobó el PERIODO DE REINSCRIPCIÓN EXTRAORDINARIA; solicito a Ud., MI REINSCRIPCION COMO AFILIADO ACTIVO, con el COMPROMISO DE CUMPLIR ESTRICTAMENTE LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS por el FONAFUNPNP, conforme señalo a continuación.

1. PAGAR en UNA SOLA CUOTA, LA DEUDA HASTA LA FECHA DE PRESENTACIÓN DE MI SOLICITUD Y PAGAR en SIMULTANEO en UNA SOLA CUOTA el valor del 5% de la Unidad Impositiva Tributaria (UIT) (s/.202.50), por concepto de APOORTE EXTRAORDINARIO SOLIDARIO POR REINSCRIPCIÓN.

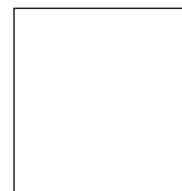
2. FIRMAR LA AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO de aporte QUE FIJA EL DIRECTORIO ANUALMENTE, así como ACTUALIZAR MI INFORMACION EN LA BASE DE DATOS del FONAFUN-PNP.

3. NO SOLICITAR NI PRESENTAR ACREENCIA alguna respecto a REEMBOLSOS, PAGOS O DEVOLUCIÓN ALGUNA POR SERVICIOS O ATENCIONES FUNERARIAS RECIBIDAS O SUFRAGADAS DURANTE MI SITUACIÓN DE INACTIVIDAD en el FONAFUN-PNP.

Por lo expuesto: Acceder a la presente solicitud, por considerarla de justicia.

Firma :

IMPRESIÓN
DACTILAR



I.D.

Fecha:/...../.....

II. REQUISITOS (marque con x los requisitos que adjunta)

1. Original del comprobante de pago a nombre del titular
2. Copia carne familiar o acta de nacimiento del titular. *
3. Estado de cuenta (entregado en la oficina de Imagen)
4. Copia del DNI Titular.
5. Ultima planilla de pago.

*. En caso que su beneficiario no se encuentre registrado en la base de datos del Fonafun PNP.