

# GUIA DE LLENADO PERSONAL MILITAR FUERZA AEREA



## Anexo Nº 1 FORMULARIOS

### FORMULARIO PARA CANCELACIÓN DE PRESTACIONES

(Para llenar el formulario leer las instrucciones al reverso)

#### I.- DATOS PERSONALES DEL ASEGURADO TITULAR:

|                            |   |               |                                       |                                   |   |   |
|----------------------------|---|---------------|---------------------------------------|-----------------------------------|---|---|
| Apellidos y Nombres        | <input type="text" value="SANABRIA CERVANTES GUSTAVO ERICK"/> |               |                                       | Sexo                              | <input checked="" type="checkbox"/> M       | <input type="checkbox"/> F              |
|                            | Paterno   | Materno       | Nombres                               |                                   |   |   |
| Fecha de Nacimiento        | <input type="text" value="18 JUNIO 1970"/>                    |               |                                       | Lugar de Nacimiento               | <input type="text" value="COCHABAMBA"/>     |   |
|                            | Día   | Mes           | Año                                   |                                   | Provincia - Ciudad                          |   |
| C.I.                       | <input type="text" value="3610318"/>                          | Nº C. Militar | <input type="text" value="31290039"/> | NºCód.Boleta de Pago              | <input type="text" value="31290039"/>       |   |
| Estado Civil               | <input type="text" value="CASADO"/>                           |               |                                       | Teléfonos                         | <input type="text" value="7975684"/>        |   |
| Domicilio Actual           | <input type="text" value="ATAHUALLPA"/>                       |               |                                       | <input type="text" value="3570"/> | <input type="text" value="TEMPORAL"/>       | <input type="text" value="COCHABAMBA"/> |
|                            | Calle / Avenida   |               |                                       | Número                            | Zona  | Ciudad                                  |
| Fuerza a la que perteneció | <input type="text" value="FUERZA AEREA"/>                     |               |                                       | Grado                             | <input type="text" value="SOF. MY. DESA."/> |   |

Referencia de dos personas a las cuales nos podemos dirigir en caso de no ubicarlo(a):

- Nombre Completo .....Teléfonos:   
Dirección completa .....Localidad/Ciudad
- Nombre Completo .....Teléfonos:   
Dirección completa .....Localidad/Ciudad

#### II.- DATOS PERSONALES DEL CÓNYUGE O BENEFICIARIO: (Opcional)

|                     |  |              |   |                              |   |                                       |
|---------------------|--|--------------|---|------------------------------|---|---------------------------------------|
| Apellidos y Nombres | <input type="text" value="QUISPE ALANOCA MIRIAN EUGENIA"/> |              |   | Sexo                         | <input type="checkbox"/> M  | <input checked="" type="checkbox"/> F |
|                     | Paterno  | Materno      | Nombres   |                              |   |                                       |
| Fecha de Nacimiento | <input type="text" value="15 AGOSTO 1973"/>                |              |   | Lugar de Nacimiento          | <input type="text" value="COCHABAMBA"/>                           |                                       |
|                     | Día  | Mes          | Año   |                              | Provincia - Ciudad  |                                       |
| C.I.                | <input type="text" value="2356845"/>                       | Estado Civil | <input checked="" type="checkbox"/> Casado(a) /Conviviente/Divorciado | Tiempo                       | <input type="text" value="25 AÑOS"/>                              |                                       |
|                     |  |              |   |                              | Años / Meses  |                                       |
| Ocupación           | <input type="text" value="SECRETARIA"/>                    |              |   | Lugar de trabajo o domicilio | <input type="text" value="CALLE ATAHUALLPA #3570 ZONA TEMPORAL"/> |                                       |
| Teléfonos           | <input type="text" value="71545656"/>                      |              |   | Casilla                      | <input type="text" value="-"/>                                    |                                       |

EN CASO QUE SEA NECESARIO COMPLETAR ESTA  
PARTE DEL FORMULARIO

### III. DOCUMENTOS A PRESENTAR:

#### a) En caso de **SERVICIO PASIVO – JUBILACION**

- 1 Carta dirigida al Gerente General de "MUGEBUSCH"
- 2 Fotocopia legalizada de Memorándum de pase al Servicio Pasivo – Jubilación.
- 3 Fotocopia legalizada de Certificado de Destinos o Certificado de Trabajo (Desglose de Destinos) emitido por su comando de Fuerza.
- 4 Fotocopia simple de la Cedula de Identidad vigente y Carnet Militar, firmados con bolígrafo azul.
- 5 Poder Notariado en caso que el afiliado autorice a un tercero la tramitación del pago de sus prestaciones, Original o fotocopia legalizada

Todos los documentos deberán ser presentados en un folder Amarillo

***La Mutualidad se Reserva el Derecho de exigir documentación complementaria de acuerdo al caso***

#### a) En caso de **RETIRO FORZOSO, DESVINCULACIÓN O RENUNCIA DE SU FUENTE LABORAL**

- 1 Carta dirigida al Gerente General de "MUGEBUSCH"
- 2 Fotocopia legalizada de Memorandum de Retiro Forzoso o Voluntario de las FF. AA..
- 3 Fotocopia legalizada de Certificado de Destinos o Certificado de Trabajo (Desglose de Destinos) emitido por su Comando de Fuerza.
- 4 Fotocopia simple de la Cedula de Identidad vigente y Carnet Militar, firmados con bolígrafo azul.
- 5 Poder Notariado en caso que el afiliado autorices a un tercero la tramitación del pago de sus prestaciones, Original o fotocopia legalizada

Todos los documentos deberán ser presentados en un folder Amarillo

***La Mutualidad se Reserva el Derecho de exigir documentación complementaria de acuerdo al caso***

#### NOTA:

El derecho a la percepción y reclamo de las prestaciones económicas que otorga la Mutualidad es intransferible e irrenunciable y prescribe a los CINCO (5) AÑOS de producido el retiro definitivo de su fuente de trabajo o del fallecimiento del afiliado.

#### INSTRUCTIVO

Se solicita muy cordialmente llenar el presente formulario a máquina o manuscrito legible.

Se recomienda presentar toda la documentación de una sola vez de acuerdo a los requisitos para agilizar el trámite y **NO** se recepcionara si el solicitante de la Prestación es garante de otro afiliado hasta que el titular de la deuda cambie de garante y remplace al solicitante de la deuda.

**Oficina Central:** Dirección: Av. Arce Nº 2177 Hotel Real Plaza Piso 5 Zona Sopocachi, telefonos 68211508 - 68211509

Página Web: [www.mugebusch.org](http://www.mugebusch.org)

**FIRMA DEL SOLICITANTE**

**FIRMA DEL SOLICITANTE**