

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 día ____ 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 una de las siguientes opciones, para lo cual registro mi modalidad de pago, bajo mi responsabilidad:

- Cuenta de Ahorros del Banco de Crédito del Perú N° _____
- (Adjuntar voucher con nombres completos y número de cuenta)
- Cuenta de Ahorros (haber) del Banco de la Nación cuyo Código de Cuenta Interbancaria (CCI)
es N° 018 _____

Atentamente,



Firma (idéntica al DNI)
DNI N° _____

El trámite virtual lo puede realizar a través de la página Web de DM en Operaciones en Línea o desde el APP DM. El trámite presencial, puede realizarlo personalmente en cualquiera de nuestras oficinas a nivel nacional o a través de una tercera persona presentando una Carta Poder simple.

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 vigente

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.