

SOLICITUD DE APELACIÓN POR INVALIDEZ, ENFERMEDAD TERMINAL (ET) O CÁNCER (C)

 N° Solicitud
SECCIÓN I. SOLICITANTE DE LA APELACIÓN

Afiliado <input type="text"/>	AFP <input type="text"/>	E. de Seguros <input type="text"/>
Nombre <input type="text"/>		

SECCIÓN II. DATOS PERSONALES DEL AFILIADO

Apellido Paterno	Apellido Materno o de Casada	Primer Nombre	Segundo Nombre
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Tipo doc. Identificación (*)	N° Documento de Identificación	Teléfono
DOMICILIO PARTICULAR			
Avenida (Av.)/Calle (Cl.)/Pasaje (pj.)/Jirón (Jr.)		Número (N°)/Departamento(Dpto)/Interior(Int)/Manzana(Mz)/Lote(Lte)	
Distrito	Provincia	Departamento	

(*) Tipo de documento de identidad : (00): Libreta Electoral, (01): Carné de Extranjería, (02): Carné de Identificación Militar - Policial, (03): Libreta del Adolescente Trabajador, (04): Documento Nacional de Identidad.

SECCIÓN III. OBJETO DE APELACIÓN

Condición de invalidez <input type="text"/>	Condición de invalidez y declaración de cáncer <input type="text"/>	Condición de invalidez y declaración de enfermedad terminal <input type="text"/>
---	---	--

SECCIÓN IV. NATURALEZA DE LA APELACIÓN
IV.1. DICTAMEN MOTIVO DE APELACIÓN

Por enfermedad terminal <input type="text"/>	Por cáncer <input type="text"/>
Por porcentaje de invalidez asignado <input type="text"/>	Por fecha de ocurrencia de la invalidez <input type="text"/>
Indicar porcentaje: _____	
Por periodo de vigencia <input type="text"/>	Por naturaleza <input type="text"/>
N° de Expediente _____	N° de Solicitud de Evaluación y Calificación de Invalidez _____
N° de Dictamen COMAFP _____	Fecha de Notificación de Dictamen COMAFP _____

IV.2. DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTAN (De ser el caso)

IV.3. FUNDAMENTOS MÉDICOS DE LA APELACIÓN

IV.4. OBSERVACIONES

.....de.....de.....

Firma del Solicitante

Nombre y Apellidos:

Tipo y N° Doc. Identidad: