

**SOLICITA: APERTURA DE CARTA  
DECLARATORIA o LECTURA DE  
SUCESIÓN INTESTADA PARA EL  
PAGO DE SEGURO DE VIDA (15,49 UIT)**

**SEÑOR DIRECTOR DE BIENESTAR DE LA FUERZA AÉREA DEL PERÚ**

**S.D.**

Yo,.....

Identificado (a) con DNI N°....., con domicilio en .....

....., ante Ud. con el debido respeto

me presento y expongo:

Que, habiendo fallecido el..... mi ..... el .....FAP  
(Fecha) (Parentesco) (Grado)

.....con NSA.....,  
(Nombres y Apellidos)

y estando a la fecha en situación de Actividad; al amparo de lo establecido en el Decreto Supremo N° 026-84 / MA del 26-12-1984 y Ley N° 29420 del 08-10-2009, referente al Seguro de Vida (15,49 UIT), solicito a Ud. tenga a bien ordenar a quien corresponda gestionar se me otorgue el pago respectivo, para lo cual adjunto los documentos requeridos para el trámite correspondiente.

Por lo expuesto ruego a Ud. Señor Director acceder favorablemente.

Lima,

.....

Firma

DNI N° .....

Telf. N° .....

**ADJUNTO DOCUMENTOS:**

- Acta de Defunción (Copia certificada).
- Partida de Matrimonio (Copia certificada). Si solicita el (la) cónyuge.
- Partida de Nacimiento (Copia certificada). Si solicita el (los) hijo (s).
- Partida de Nacimiento del Titular (Copia certificada) Si solicitan los padres.
- Partida de Nacimiento del solicitante (Copia certificada). Si solicita el (los) hermano (s).
- Constancia de Servicios FOSEPFAP o Boleta de Venta o Factura (Copia simple).
- DNI actualizado del solicitante (Copia simple).
- Voucher de Cuenta de Ahorros (NO MANCOMUNADO) incluyendo el CCI del solicitante, consignando Nombres y Apellidos completos e igual al DNI actualizado.
- Copia Resolución de Baja
- Copia Resolución de otorgamiento de las 15,49 UIT.
- DE NO TENER EL TITULAR CARTA DECLARATORIA, DEBERÁ PRESENTAR EL SOLICITANTE COPIA DE LA SUCESIÓN INTESTADA E INSCRIPCIÓN EN REGISTROS PÚBLICOS (SUNARP).
- En caso de presentar CARTA PODER SIMPLE, la firma deberá tener Legalización Notarial.
- TELEFONO DE ATENCION: (973-809-394) E.C. FERNANDO AYALA FERNÁNDEZ o E.C. SONIA LEON CONDE.

**NOTA: LA DOCUMENTACIÓN NO DEBERÁ EXCEDER LOS 90 DIAS DE EXPEDICION Y DEBERÁ SER PRESENTADA EN MESA DE PARTES DE LA DIRECCIÓN DE BIENESTAR (6TO. PISO BLOCK "B" DEL CUARTEL GENERAL FAP, OFICINA SECCIÓN CARTAS DECLARATORIAS (AV. 28 DE JULIO N° 363 OFC. 303 – CERCADO DE LIMA) o al Correo Electrónico: cartasdeclaratoriasdibie@gmail.com**

**SOLICITA: APERTURA DE CARTA  
DECLARATORIA o LECTURA PÓLIZA DE  
SEGURO DE SEPELIO o LECTURA DE  
SUCESIÓN INTESTADA PARA PAGO DE  
ESCALA DE GASTOS DE SEPELIO**

**SEÑOR DIRECTOR DE BIENESTAR DE LA FUERZA AÉREA DEL PERÚ**

**S.D.**

Yo,.....

Identificado (a) con DNI N°....., con domicilio en .....

....., ante Ud. con el debido respeto

me presento y expongo:

Que, habiendo fallecido el ..... mi ..... el ..... FAP  
(Fecha) (Parentesco) (Grado)

..... con N.S.A. ....  
(Nombres y Apellidos)

y estando a la fecha de fallecimiento en situación de ....., al amparo  
(Actividad, Retiro o Cesante)

de lo establecido en el D.S. N° 140-93/EF del 23-09-1993 y Ordenanza FAP 150-6 del 31-05-2011, referente a la Escala de Gastos de Sepelio, solicito a Ud. tenga a bien ordenar a quien corresponda gestionar se me otorgue el pago respectivo, para lo cual adjunto los documentos requeridos para el trámite correspondiente.

Por lo expuesto ruego a Ud. Señor Director acceder favorablemente.

Lima,

.....

Firma

DNI N° .....

Telf. N° .....

**ADJUNTO DOCUMENTOS:**

- Acta de Defunción (Copia certificada).
- Partida de Matrimonio (Copia certificada). Si solicita el (la) cónyuge.
- Partida de Nacimiento (Copia certificada). Si solicita el (los) hijo (s).
- Partida de Nacimiento del Titular (Copia certificada). Si solicitan los padres.
- Partida de Nacimiento del solicitante (Copia certificada). Si solicita el (los) hermano (s).
- Constancia de Servicios FOSEPFAP o Boleta de Venta o Factura (Copia simple).
- DNI actualizado del solicitante (Copia simple).
- Voucher de Cuenta de Ahorros (NO MANCOMUNADO) del solicitante, incluyendo el CCI, consignando Nombres y Apellidos completos. (Tramitado en ventanilla del banco).
- DE NO TENER EL TITULAR CARTA DECLARATORIA O POLIZA DE SEGURO DE SEPELIO FAP, DEBERÁ PRESENTAR EL SOLICITANTE COPIA DE SUCESIÓN INTESTADA E INSCRIPCIÓN EN REGISTROS PÚBLICOS (SUNARP).
- En caso de presentar CARTA PODER SIMPLE, la firma deberá tener Legalización Notarial.
- TELEFONO DE ATENCION: (973-809-394) E.C. FERNANDO AYALA FERNÁNDEZ o E.C. SONIA LEON CONDE.

**NOTA: LA DOCUMENTACIÓN NO DEBERÁ EXCEDER LOS 90 DIAS DE EXPEDICION Y DEBERÁ SER PRESENTADA EN MESA DE PARTES DE LA DIRECCIÓN DE BIENESTAR (6TO. PISO BLOCK "B" DEL CUARTEL GENERAL FAP, OFICINA SECCIÓN CARTAS DECLARATORIAS (AV. 28 DE JULIO N° 363 OFC. 303 – CERCADO DE LIMA) o al Correo Electrónico: [cartasdeclaratoriasdibie@gmail.com](mailto:cartasdeclaratoriasdibie@gmail.com)**