

**REQUISITOS PARA EL TRAMITE DE ASIGNACION POR  
FALLECIMIENTO DEL TITULAR, CONYUGE, HIJOS, INVALIDEZ PERMANENTE E  
APOYO SOLIDARIO QUE OTORGA EL ISS-CIP**

**(Montos de las Asignaciones a pagar a partir del 01 de Enero del 2011)**

❖ EN CASO DE ASIGNACION POR FALLECIMIENTO : ( Para el Titular y Cónyuge )

MONTO A PAGAR POR **TITULAR** : **S/. 5,000.00**  
MONTO A PAGAR POR **CONYUGE** : **S/. 1,600.00**

- Carta solicitando la Asignación por Fallecimiento, dirigida al **Director del ISS-CIP**.
  - Copia simple del Acta de Defunción.
  - Copia simple de la partida de Matrimonio del Colegiado(a).
  - Copia simple del DNI, del colegiado fallecido (a)
  - Copia simple del DNI, del solicitante.
  - Copia simple del **CARNET CIP**, del colegiado(a) - **Si hubiera**
  - Copia de la Carta Declaratoria de Beneficiarios - **Si hubiera**
  - Último recibo de pago del colegiado(a), realizados en su Consejo Departamental.
- ✓ En el caso de **Fallecimiento de Cónyuge**, se presentan todos los documentos anteriores, menos la **Carta Declaratoria de Beneficiario**.

❖ EN CASO DE **INVALIDEZ PERMANENTE**: (Para el Titular): **S/. 2,400.00**

- Carta solicitando la Asignación por Invalidez, dirigida al **Director del ISS-CIP**.
- **CERTIFICADO MEDICO o CONSTANCIA**, que acredite o demuestre la causal que le ha producido la **INVALIDEZ PERMANENTE** y está a la vez, lo imposibilite a seguir trabajando.
- Copia simple del DNI, del colegiado(a)
- Copia simple del DNI, del solicitante.
- Copia simple del **CARNET CIP**, del colegiado(a) - **Si hubiera**
- Último recibo de pago del colegiado(a), realizados en su Consejo Departamental.

❖ EN CASO DE **FALLECIMIENTO DE HIJOS** MENORES DE 18 AÑOS: **S/. 700.00**

- Carta solicitando la Asignación por Fallecimiento de hijo, dirigida al **Director del ISS-CIP**.
- Copia simple del Acta de Defunción.
- Copia simple de la partida de Nacimiento del hijo(a).
- Copia simple del DNI, del colegiado(a) o solicitante. .
- Copia simple del **CARNET CIP**, del colegiado(a) - **Si hubiera**
- Último recibo de pago del colegiado(a), realizados en su Consejo Departamental.

❖ EN CASO DEL PROGRAMA DE **APOYO SOLIDARIO** (Para Titular): **S/. 1,500.00**

- Carta solicitando el Programa de Apoyo Solidario, dirigida al **Director del ISS-CIP**.
- **CERTIFICADO MEDICO**, que acredite el **Accidente Grave** o el padecimiento de la **Enfermedad Terminal**, según sea el caso.
- Copia simple del DNI, del colegiado(a) o solicitante. .
- Copia simple del **CARNET CIP**, del colegiado(a) - **Si hubiera**
- Último recibo de pago del colegiado(a), realizados en su Consejo Departamental.

✓ **NOTA: ES REQUISITO INDISPENSABLE ENCONTRARSE AL DIA EN SUS PAGOS MENSUALES, PARA ACCEDER A LOS BENEFICIOS DEL ISS-CIP, ES DECIR TIENE QUE ESTAR HABIL, SEGÚN LO ESTABLECE EL REGLAMENTO DEL ISS-CIP.**

✓ **NOTA: TODO TRÁMITE POR ESTAS ASIGNACIONES, SE DEBE PRESENTAR, SEGÚN EL CONSEJO DEPARTAMENTAL DONDE PERTENECE EL COLEGIADO.**

