

**SOLICITUD PARA CAMBIO DE
PENSIÓN**



Núm. Solicitud

Nombre y Apellidos	Seguro Social	Sexo
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Teléfonos		Dirección: E-Mail
_____ Trabajo	_____ Residencial	_____ Celular
Dirección		
Postal _____ _____ _____	Residencial _____ _____ _____	
Representante Legal		
Nombre y apellidos _____ _____	Dirección _____ _____ _____	
Teléfono _____		
Tipo de beneficio que recibe: <input type="checkbox"/> Incapacidad Ocupacional <input type="checkbox"/> Incap. no Ocupacional		
Cambio de pensión que solicita: <input type="checkbox"/> Incapacidad Ocupacional <input type="checkbox"/> Ley 127		
Cambio de pensión a aplicarse: <input type="checkbox"/> Incapacidad Ocupacional <input type="checkbox"/> Ley 127		
<p>Nota: 1- Es importante para la pensión por incapacidad ocupacional o incapacidad ocupacional Ley 127 la solicitud deberá venir acompañada de la Certificación de Compensabilidad para la Administración del Sistema de Retiro (Modelo CSFE 0037 abr 2002). Deberá someter evidencia médica relacionada al cambio solicitado, con los diagnósticos actualizados en original o copia certificada.</p> <p>2- No se aceptarán solicitudes si faltan documentos requeridos para el cambio de pensión que solicita.</p> <p>3- El cambio de pensión a aplicarse es exclusivo para el Área de Determinación de Incapacidad de la Administración de los Sistemas de Retiro de los Empleados del Gobierno y la Judicatura.</p>		
_____ Firma del (de la) solicitante	_____ Fecha (Día/Mes/Año)	

Conservación: Igual al expediente del cual forma parte.