

SOLICITUD DE PENSIÓN PARA VIUDA(O) Y BENEFICIARIOS



Ley 447 de 1951 Ley 127 de 1958 Ley 105 de 1969 Ley 169 de 1968 Ley 8 de 1976 Ley 4 de 1985 Ley 70 de 2010

SECCIÓN I. INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE O PENSIONADO FALLECIDO

Sexo: F M

Apellido Paterno, Materno, Nombre e Inicial _____ Seguro Social _____

Datos del Nacimiento: Fecha (Día-Mes-Año): _____ Lugar: _____

Datos del Fallecimiento: Fecha (Día-Mes-Año): _____ Lugar: _____

Causa: Enfermedad Accidente Suicidio Homicidio Otro _____

Datos del Patrono:

Agencia donde Prestó Servicios: _____ Efectividad de Pensión (Día-Mes-Año) _____

Sistema de Retiro al que Pertenecía: E.L.A. Judicatura

SECCIÓN II. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Apellido Paterno, Materno, Nombre e Inicial _____ Seguro Social _____

Dirección Postal (Complete según aplique, conforme a la Reforma Postal) :

Urbanización, Condominio o Barrio _____

PO Box o Número y Calle o Edificio y Apartamento o Ruta Rural o Ruta Contrato _____

Pueblo, País y Código Postal _____

Dirección Física (Si es diferente a la Postal) : Igual a la Postal _____

Correo electrónico: _____

Indique su relación con el participante o pensionado fallecido:

Viuda (o) Hijo Tutor Encargado Beneficiario Mayor Edad Otro

SECCIÓN III. INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE SUPÉRSTITE

Apellido Paterno, Materno o Casada, Nombre e Inicial _____ Seguro Social _____

Nacimiento (Día-Mes-Año) _____ Lugar de Nacimiento _____ Matrimonio (Día-Mes-Año) _____

1. ¿Estuvo casada(o) sin interrupción por 10 años hasta la fecha de la muerte del pensionado o participante?
 Sí No Años de Casados: _____ Estado Civil Actual: _____

2. ¿Recibe otro tipo de pensión de este Sist. de Retiro? Sí No Indique: Derecho Propio Viuda(o)

3. ¿Recibe alguna pensión de otro Sist de Retiro? Sí No Indique: U.P.R Maestro A.E.E Judicatura

4. Indique los nombres de los hijos del participante o pensionado fallecido.

Nombre Completo	Seguro Social	Fecha de Nacimiento (Día-Mes-Año)	Menor 18 años o Incapacitado	Mayor 18 años o menor 25 años estudiante	Mayor de 25 años
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nota: Favor de completar la página al dorso.

Conservación: Igual al expediente del cual forma parte.

SECCIÓN IV. INFORMACIÓN DEL TUTOR(A) (SI APLICA)	
Nombre Completo del Tutor	Seguro Social
Indique si tiene Tutor nombrado por el Depto. del Seguro Social	Fecha de Nom. como Tutor (Día-Mes-Año)
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (Favor de presentar evidencia)	
SECCIÓN V. INFORMACIÓN DE LA CUENTA BANCARIA (DEPÓSITO DIRECTO)	
Nombre de la Institución Bancaria	Tipo de Cuenta
	<input type="checkbox"/> Ahorros <input type="checkbox"/> Cheques
Número de Cuenta	Número de Ruta y Tránsito
	<input type="checkbox"/> Otra: _____ (Especifique cuál)
Notas Importantes:	
* El depósito directo es compulsorio según las disposiciones de la Ley 103 de 25 de mayo de 2006, "Ley para Implantar la Reforma Fiscal del Gobierno del Estado Libre Asociado".	
* El Solicitante deberá acompañar esta solicitud con una copia de cheque cancelado o de una hoja de depósito directo procesada por la institución Financiera.	
* El cheque cancelado o la hoja de depósito debe tener el número de ruta y tránsito impresos en la parte inferior.	
* Deberá asegurarse de completar correctamente ésta sección y así evitará que su pago no llegue a otra cuenta.	
SECCIÓN VI. CERTIFICACIÓN	
CERTIFICIO que la información provista aquí es cierta y que me consta que ofrecer información falsa conlleva la aplicación de penalidades establecidas por Ley.	
_____	_____
Firma del Solicitante	Fecha (Día-Mes-Año)

Favor de radicar este formulario con todos los documentos necesarios, véase lista en la página 3.

