

SOLICITUD DE



RECONSIDERACIÓN

APELACIÓN

PARTICIPANTE

PENSIONADO

BENEFICIARIO

Los términos para raditaciones son: Reconsideraciones ante el Administrador, (15) días. Apelaciones ante la Junta de Síndicos, (30) días. Ambos calculados a partir del depósito en el correo de la determinación, INCLUYENDO sábado, domingo y días feriados.

Sección I. Información del Solicitante

_____ Apellido Paterno

_____ Apellido Materno

_____ Nombre

_____ Seguro Social

_____ Agencia en que trabajó

_____ Teléfono Residencial

Dirección Postal:

_____ Urbanización, Condominio o Barrio

_____ PO Box, Núm. y Calle, Edificio y Apto., Ruta Rural o Ruta Contrato

_____ Pueblo, País y Código Postal

Dirección Residencial:

Igual a la Postal

_____ Urbanización, Condominio o Barrio

_____ Núm. y Calle, Edificio y Apartamento, Carretera y Kilómetro

_____ Pueblo, País y Código Postal

Sección II. Información del Servicio Solicitado

Información del fallecido, si aplica:

_____ Nombre

_____ Seguro Social

Comparece el solicitante de epígrafe, _____ por derecho propio _____ mediante representante legal o tutor, muy respetuosamente, EXPONE, ALEGA Y SOLICITA:

1. Que el Administrador de los Sistemas de Retiro emitió decisión el _____ depositada en el correo el _____, sobre _____

2. Que no estoy conforme con dicha decisión por las siguientes razones: _____

_____ Firma

_____ Firma Rep. Legal o Tutor

_____ Fecha (día/mes/año)

PARA USO DE LA AGENCIA

Recibido por:

_____ Nombre

_____ Puesto que Ocupa

_____ Firma

_____ Fecha (día/mes/año)

Conservación: Igual al expediente del cual forma parte.