

SOLICITUD DE BENEFICIO POR MUERTE



Instrucciones: Llene el formulario en todas sus páginas (1 y 2). Al radicar esta solicitud, incluya los documentos requeridos en la página 3.

SECCIÓN I. INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE O PENSIONADO FALLECIDO

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre e Inicial	Seguro Social (completo)
Fecha de defunción (día/mes/año)	Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Estatus del Fallecido: <input type="checkbox"/> Participante <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Ocupacional	Ley aplicable: <input type="checkbox"/> Ley 447 <input type="checkbox"/> Ley 1 <input type="checkbox"/> Ley 3 (Híbrido)
Causa de la defunción: <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Homicidio		Información empleado activo: _____ Último sueldo mensual	
Lugar donde falleció		Última agencia dónde prestó servicios	

SECCIÓN II. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre e Inicial	Fecha de nacimiento (día/mes/año)
Seguro Social (completo)	Teléfono	Correo electrónico	
Relación con el Fallecido: <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Heredero <input type="checkbox"/> Tutor/Encargado <input type="checkbox"/> Otro: _____			
Dirección Postal	Dirección Residencial <input type="checkbox"/> Igual a la Postal		
Urbanización, Condominio o Barrio	Urbanización, Condominio o Barrio		
P.O. Box, Núm. y Calle, Edificio y Apartamento, Ruta Rural o Ruta Contrato	Núm. y Calle, Edificio y Apartamento, Carretera y Kilómetro		
Pueblo, País y Código Postal	Pueblo, País y Código Postal		

SECCIÓN III. CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS E INFORMACIÓN

	<u>Existe</u>	<u>Se incluye copia</u>	<u>No Existe</u>	<u>No Aplica</u>
Testamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Declaratoria de Herederos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Certificación Funeraria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Certifico que la información aquí provista, es cierta y correcta:

Firma del Solicitante	Fecha (día/mes/año)
-----------------------	---------------------

Conservación: Igual al expediente del cual forma parte.