

# NOTIFICACIÓN DE FALLECIMIENTO



- Instrucciones:**
1. Llene el formulario en todas sus partes y marque según aplique.
  2. Incluya copia del Acta de Defunción del Pensionado, Tutor o Beneficiario.
  3. Incluya copia de una identificación con foto (Licencia de Conducir o Pasaporte) del Informante.

SECCIÓN I. DATOS DEL FALLECIDO			<input type="checkbox"/> Pensionado	<input type="checkbox"/> Tutor	<input type="checkbox"/> Beneficiario
<hr/>	<hr/>	<hr/>			
Apellido paterno y materno, nombre e inicial	Seguro Social	Defunción (día/mes/año)			
SECCIÓN II. DATOS DEL INFORMANTE					
<hr/>		<hr/>			
Apellido paterno y materno, nombre e inicial		Seguro Social			
<hr/>		<hr/>			
Correo Electrónico		Parentesco			
Dirección postal		Dirección residencial		<input type="checkbox"/> Igual a la postal	
<hr/>		<hr/>			
Urb, Cond, Edif, Bo.		Urb, Cond, Edif, Bo.			
<hr/>		<hr/>			
PO Box, HC Box, RR Box		Núm., Calle, Ave., Apt., Ste.			
<hr/>		<hr/>			
Ciudad, Estado, Zip + 4		Ciudad, Estado, Zip + 4			
<hr/>		<hr/>			
Firma del Informante		Fecha (día/mes/año)		Teléfono Residencial	
<hr/>		<hr/>		<hr/>	
SECCIÓN III. PARA USO DE LA ADMINISTRACIÓN [Recibido por:]					
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Se incluye copia del Acta de Defunción, provista por el informante.					
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Se incluye copia de identificación con foto del informante: <input type="checkbox"/> Lic. Conducir <input type="checkbox"/> Pasaporte					
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Me comuniqué con el teléfono registrado en aplicativo SABI para corroborar la información.					
<b>Centro de llamadas --&gt;</b> La llamada fue recibida del teléfono del Informante (registrado arriba):				<input type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/> Móvil	
<b>(Solamente)</b>				<input type="checkbox"/> Otro: <hr/>	
Notas adicionales: <hr/>					
<hr/>		<hr/>		<hr/>	
Firma del Técnico		Nombre del Técnico		Fecha (día/mes/año)	
SECCIÓN IV. PARA USO DE LA SECCIÓN DE NÓMINA [Procesado por:]					
<hr/>		<hr/>		<hr/>	
Firma del Técnico		Nombre del Técnico		Fecha (día/mes/año)	
<hr/>		<hr/>		<hr/>	
Núm. RHUM DEPTO.		Pensión Mensual		Fecha (día/mes/año) de efectividad de la pensión	
<hr/>		<hr/>		<hr/>	
Núm. de la Agencia		Depósito directo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<hr/>		<hr/>			
Eliminado en:    Mes <hr/> Año <hr/>		Quincena: <input type="checkbox"/> 1ra. <input type="checkbox"/> 2da.			
<hr/>		<hr/>		<hr/>	
<b>Aprobado por:</b>					
<hr/>		<hr/>		<hr/>	
Nombre del Supervisor o Rep. Autorizado				Firma	
<hr/>		<hr/>		<hr/>	
Puesto				Fecha (día/mes/año)	

Conservación: Igual al expediente del cual forma parte.