

SOLICITUD PARA INFORME DE DEUDA
POR CAMBIO AL PLAN
DE COMPLETA SUPLEMENTACIÓN



SECCIÓN I. INFORMACIÓN DEL PENSIONADO

Apellido Paterno			Apellido Materno			Nombre					
Género: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino			Seguro Social			Fecha de nacimiento (día/mes/año)					
Núm. Teléfono Residencial						Núm. Teléfono Celular					
Dirección Postal						Dirección Residencial					
						<input type="checkbox"/> Igual a la Postal					
Urb., Cond., Edif., Bo.						Urb., Cond., Edif., Bo.					
PO Box, HC Box, RR Box						Núm., Calle, Ave., Apt., Ste.					
Ciudad, Estado, Zip+4						Ciudad, Estado, Zip+4					

SECCIÓN II. INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEO

Indique la Agencia en la cual trabajaba al momento de su retiro: _____

Indique el tipo de Pensión recibida: ☐ Mérito ☐ Incapacidad Ocupacional
☐ Edad y Años de Servicio ☐ Incapacidad NO ocupacional

SECCIÓN III. CERTIFICACIÓN

Certifico que, a mi mejor entender, la información suministrada es cierta y correcta:

Firma del Pensionado

Fecha de Solicitud (día/mes/año)

IMPORTANTE

- No se considerará acogido al Plan de Completa Suplementación, hasta tanto complete el formulario de "Declaración Individual" y salde el costo informado.
- Si usted tiene 66 años de edad deberá efectuar el pago global por la deuda indicada. No podrá acogerse al plan de pago.

Conservación: Igual al expediente del cual forma parte.