

**SOLICITUD DE  
REVISIÓN DE SERVICIOS  
(Ley 106-2017)**



Participante

Pensionado

Beneficiario

**INSTRUCCIONES**

1. El peticionario, solicitará revisión de servicios, solamente cuando el resultado del mismo, presente error de cálculos u omisión de información originalmente provista.
2. El peticionario completará esta solicitud e incluirá documentación no evaluada en el servicio completado.

**SECCIÓN I. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE**

Apellido Paterno, Materno, Nombre e inicial		Seguro Social
Fecha de Nacimiento (día/mes/año)	Estado Civil	Nombre de la Agencia
	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero	
Núm. Tel. Residencial	Núm. Tel. Celular	Correo Electrónico
Dirección Postal	Dirección Residencial	<input type="checkbox"/> Igual a la Postal
P.O. Box	Urb., Cond., Edif., Bo.	
HC Box, RR Box	Núm., Calle, Ave., Edif., Apt., Ste.	
Ciudad Estado Zip+4	Ciudad Estado Zip+4	

**SECCIÓN II. INFORMACIÓN DE LA REVISIÓN DE SERVICIO SOLICITADO**

<input type="checkbox"/> Balance de fondos bajo la Ley 106-2017	<input type="checkbox"/> Descuento indebido
<input type="checkbox"/> Beneficio por muerte	<input type="checkbox"/> Reembolso de aportaciones
Número de Seguro Social del Fallecido	<input type="checkbox"/> Transferencia de aportaciones
Nombre completo del Fallecido	<input type="checkbox"/> Otros (Ley 106-2017)
Razones para solicitar revisión del servicio antes indicado:	
Indique los nuevos documentos radicados en anejo(s):	

**SECCIÓN III. CERTIFICACIÓN**

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

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha (día/mes/año)

Conservación: Igual al expediente del cual forma parte.