

COD:  
NIA:  
EXP:

BER00024

ADMINISTRADORA DE  
FONDOS DE PENSIONES  
CONFIA S.A.



## SOLICITUD DE BENEFICIOS POR VEJEZ

Numero Solicitud:

COF-

Fecha:

### 1- DATOS DEL AFILIADO

		Fecha de expedición:	DUI	<input type="checkbox"/>
		Lugar de expedición:	PASAPORTE	<input type="checkbox"/>
			CARNET DE RESIDENTE	<input type="checkbox"/>
NIA	Fecha Incorporacion SAP	ISSS	INPEP	
Fecha Nacimiento	Telefono	Estado Familiar	Sexo	
			M	F
Nacionalidad	Dirección de Notificación			

2- Nombre de Apoderado Legal:

Doc. de Identidad del Apoderado:

3- Agencia de registro y notificación:

4- Relación Laboral:

Cotizante Dependiente

Cotizante Voluntario

Cotizante Cesante

5- Pensionado:

Riesgo Profesional

Invalidez Parcial Permanente

Subsidiado por Salud del ISSS

### 6- DATOS DEL GRUPO FAMILIAR

Identificacion	Invalido	Nombre	Genero	Parentesco	Fecha Nacimiento

NOTA: Los Padres del solicitante se incluyen si y solo si dependen economicamente del Solicitante

7. Desea Devolución de Cotizaciones Voluntarias

SÍ

NO

8- Nombre de Banco y No. De Cuenta (Se presentará hasta el momento en que se firme la resolución de otorgamiento del beneficio)

9-Observaciones:

\_\_\_\_\_  
Recibido por

\_\_\_\_\_  
Firma Afiliado/Apoderado