

COD:
NIA:
EXP:



SOLICITUD DE BENEFICIOS POR INVALIDEZ
1er. DICTAMEN

COF-

A. IDENTIFICACION DEL SOLICITANTE

NOMBRE: _____ ESTADO CIVIL : _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ SEXO: M F
NACIONALIDAD: _____
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: _____
NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: _____
LUGAR DE EXPEDICION: _____ FECHA DE EXPEDICION: _____
ISSS: _____ RI: _____ INPEP: _____
Cedula de identificacion personal _____
DIRECCION: _____
TELEFONO: _____

B. ANTECEDENTES LABORALES

RELACION LABORAL: _____
PROFESION: _____
TIEMPO DE TRABAJO: _____
LUGAR DE TRABAJO: _____
CARGO: _____
DIRECCION DEL TRABAJO: _____
TELEFONO: _____

C. ORIGEN DE LA INVALIDEZ

ENFERMEDAD ACCIDENTE ENFERMEDAD ACCIDENTE DE
COMUN PROFESIONAL TRABAJO
ENFERMEDAD CAUSAL 1er. DICTAMEN : _____
% DE MENOSCABO : _____

Declaro bajo juramento que los datos contenidos en la presente son expresi3n fiel de la verdad, por lo que asumo la responsabilidad correspc

FIRMA DEL AFILIADO SOLICITANTE O
FIRMA A RUEGO

FIRMA - SELLO
RESPONSABLE AFP CONFIA

HUELLA DIGITAL DEL AFILIADO SOLICITANTE

OBSERVACIONES:

Para cualquier consulta sobre su tr3mite llamar al 2267-7777 de CONFIA TEL

Solicitud proceder3a en el caso que el afiliado sea dictaminado como inv3lido por riesgo com3n.

O
R
I
G
I
N
A
L

A
F
P