



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 proceder3 en el caso que el afiliado sea dictaminado como inv3lido por riesgo com3n.

O
R
I
G
I
N
A
L

A
F
P