

COD:
NIA:
EXP:



SOLICITUD DE BENEFICIOS POR SOBREVIVENCIA

Causante		No		NIA	
DATOS DEL SOLICITANTE					
NOMBRE DE LA PERSONA QUE PRESENTA EL RECLAMO				FECHA DE LA SOLICITUD	
PARENTESCO CON EL AFILIADO		DOCUMENTO DE IDENTIFICACION		NUMERO DE DOCUMENTO	
DIRECCION PARA NOTIFICACIONES				CIUDAD	
TELEFONO		MEDIO PARA RECIBIR NOTIFICACIONES <input type="checkbox"/> CORREO ELECTRONICO <input type="checkbox"/> MENSAJE DE TEXTO <input type="checkbox"/> CARTA DIRIGIDA			
DATOS DEL AFILIADO					
SEXO CAUSANTE		M		F	
		NUMERO DE IDENTIFICACION		NUMERO DE DOCUMENTO	
FECHA DE AFILIACION AL SAP		FECHA DE NACIMIENTO		FECHA DE FALLECIMIENTO	
NUMERO DEL ISSS		NUMERO DEL INPEP		TIPO DE TRABAJADOR (Dependiente e Ind	
LUGAR DE TRABAJO		ANTERIOR LUGAR DE TRABAJO		FECHA DE INGRESO A CONFIA	
				NACIONALIDAD	
TIPO DE SUCESO		CAUSA MUERTE			
DATOS DE BENEFICIARIO					
Tipo de Documento		Numero Doc.	Invalido	Nombre	
Parentesco		Fecha	Nacionalidad		
DOCUMENTO UNICO DE IDENTIDAD					
NUMERO DE ESCRITURA		NUMERO DE PROTOCOLO		NOMBRE DEL NOTARIO	
AGENCIA PARA NOTIFICACIONES				ASESOR QUE REGISTRO	
OBSERVACIONES					

FECHA

RECIBIDO POR

FIRMA DEL SOLICITANTE

TELEFONO CONFIA TEL 2267-7777