

COD: .  
 NIA:  
 EXP:



## SOLICITUD DE BENEFICIOS POR SOBREVIVENCIA

	No	
Causante	NIA	
<b>DATOS DEL SOLICITANTE</b>		
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	
<b>DATOS DEL AFILIADO</b>		
SEXO CAUSANTE	M	
	F	
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
<b>DATOS DE BENEFICIARIO</b>		
Tipo de Documento	Numero Doc.	Invalido
DOCUMENTO UNICO DE IDENTIDAD		Nombre
		Parentesco
		Fecha
		Nacionalidad
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