



CAJA DE SEGURO SOCIAL
SOLICITUD DE PRESTACIONES ECONÓMICAS A LARGO PLAZO

COD. 02-896-21
 Imp. CASESO

PRESTACIONES A LAS QUE PUEDE TENER DERECHO

Nº DE SOLICITUD

10 PENSIÓN DE VEJEZ NORMAL

a. EN CASO DE NO TENER DERECHO A UNA PENSIÓN DE VEJEZ NORMAL, ACEPTO UNA PENSIÓN DE VEJEZ PROPORCIONAL

SI NO FIRMA _____

b. EN CASO DE NO TENER DERECHO A UNA PENSIÓN DE VEJEZ NORMAL O PROPORCIONAL, ACEPTO UNA INDEMNIZACIÓN POR VEJEZ

SI NO FIRMA _____

17 ASIGNACIÓN FAMILIAR (Puede solicitarlo junto con la Vejez Normal)

107 PENSIÓN DE VEJEZ POR EDAD ANTICIPADA

a. EN CASO DE NO TENER DERECHO A UNA PENSIÓN POR EDAD ANTICIPADA, ACEPTO UNA PENSIÓN DE VEJEZ PROPORCIONAL ANTICIPADA

SI NO FIRMA _____

110 PENSIÓN DE VEJEZ ESPECIAL PARA LOS TRABAJADORES ESTACIONALES, AGRÍCOLAS Y DE LA CONSTRUCCIÓN

20 PENSIÓN DE INVALIDEZ

a. EN CASO DE NO TENER DERECHO A UNA PENSIÓN POR INVALIDEZ, ACEPTO UNA INDEMNIZACIÓN POR INVALIDEZ

SI NO FIRMA _____

30 PENSIÓN SOBREVIVIENTE

a. EN CASO DE NO TENER DERECHO A UNA PENSIÓN DE SOBREVIVIENTE, ACEPTO UNA INDEMNIZACIÓN POR SOBREVIVIENTE

SI NO FIRMA _____

133 PENSIÓN DE VEJEZ ANTICIPADA LEY 45 SECTOR BANANERO

134 PENSIÓN DE INVALIDEZ LEY 45 SECTOR BANANERO

NOMBRE LEGAL DEL ASEGURADO(A) O FALLECIDO(A) (DEBE LLENARSE IGUAL COMO APARECE EN LA CÉDULA O PASAPORTE)

Primer Nombre Segundo Nombre Apellido Paterno Apellido Materno Apellido del Esposo

Nº DE CÉDULA/PASAPORTE

SEGURO SOCIAL

FECHA DE NACIMIENTO

SEXO

F M

DÍA MES AÑO

TELÉFONO DE RESIDENCIA

TELÉFONO DE OFICINA

TELÉFONO AUXILIAR

PREGUNTAR POR

CORREO ELECTRÓNICO

TELÉFONO CELULAR

DIRECCIÓN RESIDENCIAL EXACTA DEL ASEGURADO (A)

NOMBRE DEL SOLICITANTE

Nº DE CÉDULA/PASAPORTE

SEGURO SOCIAL

TELÉFONO

TELÉFONO CELULAR

CORREO ELECTRÓNICO

PARENTESCO CON EL FALLECIDO (A)

DIRECCIÓN RESIDENCIAL DEL SOLICITANTE

SI SOLICITA PENSIÓN DE VEJEZ NORMAL, PENSIÓN DE VEJEZ PROPORCIONAL, INVALIDEZ (CON EDAD DE REFERENCIA 57 AÑOS LAS MUJERES Y 62 AÑOS LOS HOMBRES), ASIGNACIÓN FAMILIAR Y SOBREVIVIENTE, DETALLE LOS DEPENDIENTES EN EL SIGUIENTE ORDEN: ESPOSO(A), COMPAÑERO(A), O HIJO(S) MENOR(ES) DE 18 AÑOS O MAYOR(ES) DE 18 AÑOS SI ES (SON) INVÁLIDO(S).

NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	SEXO		N° CÉDULA/ PASAPORTE
		F	M	

DETALLE LAS EMPRESAS DONDE HA LABORADO (GOBIERNO, EMPRESA PRIVADA O RÉGIMEN DE SEGURO VOLUNTARIO) SI EL ASEGURADO NO RECUERDA LAS FECHAS CON EXACTITUD PUEDE SEÑALAR UNA FECHA APROXIMADA.

NOMBRE DE LA EMPRESA	CARGO	PERÍODO DE SERVICIO	
		DESDE (AÑO)	HASTA (AÑO)

OBSERVACIÓN: SI EL ASEGURADO (A) NO SABE FIRMAR O NO PUEDE POR PROBLEMA DE SALUD, SE LE DEBE TOMAR LA HUELLA DIGITAL, LA CUAL DEBE SER CERTIFICADA POR EL SERVIDOR (A) PÚBLICO (A) RESPONSABLE.

CERTIFICO QUE ESTA(S) HUELLA(S) FUE(IRON) PUESTA(S) EN MI PRESENCIA
NOIMBRE DEL SERVIDOR(A) PÚBLICO(A) RESPONSABLE

FIRMA DEL SOLICITANTE O LA SOLICITANTE
"Declaro bajo gravedad de juramento que esta información es correcta"

FIRMA DEL SERVIDOR (A) PÚBLICO (A) RESPONSABLE

LEY 51 DEL 27 DE DICIEMBRE DE 2005, ARTÍCULO 115: CADUCIDAD DE LA INSTANCIA: PARALIZADO EL PROCESO POR CAUSA IMPUTABLE AL ASEGURADO, LA INSTITUCIÓN LE ADVERTIRÁ INMEDIATAMENTE, QUE TRASCURRIDOS SEIS (6) MESES SE PRODUCIRÁ SU CADUCIDAD, CON EL ARCHIVO DE LAS ACTUACIONES.

PARA USO INTERNO DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL

Fecha de recibo <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 40px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 40px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 40px; height: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Día</td> <td style="text-align: center;">Mes</td> <td style="text-align: center;">Año</td> </tr> </table> Lugar de la Solicitud _____ <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 100px; height: 20px;">Hora de recepción</td> <td style="width: 50px; height: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">(a.m./p.m.)</td> </tr> </table>				Día	Mes	Año	Hora de recepción		(a.m./p.m.)		Sello de la Agencia Administrativa
Día	Mes	Año									
Hora de recepción											
(a.m./p.m.)											
NOMBRE COMPLETO DEL SERVIDOR PÚBLICO QUE RECIBE	V°B° Agente Administrativo										
FIRMA DEL SERVIDO PÚBLICO QUE RECIBE											