CAJA DE SEGURO SOCIAL

SOLICITUD DE PENSION DE SOBREVIVIENTE POR RIESGOS PROFESIONALES

Imp. CASESO
COD.02-913-21

DATOS GENERALES DEL ASEGURADO (A) FALLECIDO (A)

NOMBRE LEGAL DEL ASEGURADO (A) FALLECIDO (A)

_____

Primer Nombre Segundo Nombre Apellido Paterno Apellido Materno Apellido del Esposo

Nº CÉDULA_____ SEGURO SOCIAL_____ OTROS_____

ESTADO CIVIL_____ SEXO F ☐ M ☐

FECHA DE NACIMIENTO ____ / ____ / ____ LUGAR_____
DIA MES AÑO

FECHA DE FALLECIMIENTO ____ / ____ / ____
DIA MES AÑO

OCUPACION_____ TELEFONOS_____

NOMBRE DEL PADRE_____

NOMBRE DE LA MADRE_____

CORREO ELECTRONICO_____

DIRECCION RESIDENCIAL_____

DIRECCION POSTAL DEL ASEGURADO (A)_____
(APARTADO) ZONA CIUDAD

ESTATUS DEL ASEGURADO(A) AL MOMENTO DE SU FALLECIMIENTO (marque la casilla con una x o ✔ de acuerdo al caso)

Trabajando ☐ si ☐ no

Pensionado (a) por R.P. ☐ si ☐ no

Parcial_____ Absoluta_____

DATOS GENERALES DEL (LA) SOLICITANTE

NOMBRE_____ Nº DE S.S._____ Nº CEDULA_____

FECHA DE NACIMIENTO ____ / ____ / ____
DIA MES AÑO

PARENTESCO CON EL FALLECIDO (A) _____

DIRECCION RESIDENCIAL DEL SOLICITANTE_____

TELEFONOS_____

RECIBE PRESTACIONES DE LA C.S.S. ☐ SI ☐ NO TIPO DE PRESTACION_____

DESEO COBRAR EN LA AGENCIA DE_____ ☐ CORREO ☐ ACREDITAMIENTO BANCARIO

NOMBRE DE LA INSTITUCION FINANCIERA_____ TIPO DE CUENTA: CORRIENTE ☐
AHORRO ☐

NUMERO DE CUENTA_____

DETALLE LOS BENEFICIARIOS EN EL SIGUIENTE ORDEN: VIUDA, VIUDO INVÁLIDO O SEXAGENARIO, HIJOS, MADRE, PADRE SEXAGENARIO O INVÁLIDO, OTROS (ASCENDIENTES Y COLATERALES HASTA EL SEGUNDO GRADO, INCLUSIVE SEXAGENARIOS O INCAPACITADOS DEPENDIENTES)

NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	SEXO		CEDULA	Nº S.S.	FECHA DE NACIMIENTO		
		F	M			DIA	MES	AÑO

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

CERTIFICO QUE ESTA(S) HUELLA(S) FUE(RON) PUESTA(S) EN MI PRESENCIA
NOMBRE DEL SERVIDOR(A) PÚBLICO(A) RESPONSABLE
FIRMA DEL SERVIDOR (A) PUBLICO (A) RESPONSABLE

_____

FIRMA DEL SOLICITANTE O LA SOLICITANTE

"Declaro bajo gravedad de juramento que esta información es correcta"

*DESISTO DE CUALQUIER TRAMITE QUE HAYA INICIADO CON ANTERIORIDAD, RESPECTO A LA PRESTACIÓN QUE SOLICITO EN ESTE FORMULARIO

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 TRANSCURRIDOS SEIS (6) MESES SE PRODUCIRÁ SU CADUCIDAD, CON EL ARCHIVO DE LAS ACTUACIONES.

LEY 38 DEL 31 DE JULIO DE 2000. ARTÍCULO 161: SE LE ADVIERTE QUE DECLARADA LA CADUCIDAD DE LA INSTANCIA, EL PROCESO NO PODRÁ SER REABIERTO, HASTA DESPUÉS DE TRANSCURRIDO UN (1) AÑO, CONTADO DESDE LA FECHA EN QUE SE DECLARÓ LA CADUCIDAD.

PARA USO INTERNO DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL

Lugar de solicitud _____ **Fecha de recibido** ____ / ____ / ____

día mes año

_____

NOMBRE COMPLETO DEL SERVIDOR (A) PÚBLICO (A) QUE RECIBE

_____

FIRMA DEL SERVIDOR (A) PÚBLICO (A) QUE RECIBE