Borrar

UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO
Sistema de Retiro
PO BOX 21769
San Juan Puerto Rico 00931-1769

SOLICITUD DE PAGO POR DEFUNCIÓN PENSIONADOS

Información sobre el Solicitante

1. Nombre: _____
2. Seguro Social: _____ 3. Parentesco/Relación: _____

4. Dirección Postal: _____
_____
_____

5. Dirección Residencial: _____
_____
_____

6. Teléfono Residencial: _____ 7. Teléfono del Trabajo: _____
8. Indique si usted es beneficiario del participante fallecido: ☐ Sí ☐ No

Información sobre el Participante Fallecido

1. Nombre del Participante Fallecido: _____
2. Seguro Social: _____
3. Fecha de Fallecimiento: _____/_____/_____
   Día Mes Año
4. Causa del Fallecimiento: _____
5. ¿El pensionado tenía deuda(s) con el Sistema de Retiro?
   ☐ Sí Especifique cuál(es): _____
   ☐ No

_____ _____
Fecha Firma del Solicitante

NOTA: DEBE INCLUIR COPIA DE TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO