



CAJA DE SEGURO SOCIAL

SOLICITUD DE PRESTACIONES ECONÓMICAS A LARGO PLAZO

PRESTACIONES A LAS QUE PUEDE TENER DERECHO

No. DE SOLICITUD

<input type="checkbox"/>	10	PENSIÓN DE VEJEZ NORMAL
<input type="checkbox"/>	107	PENSIÓN DE VEJEZ POR EDAD ANTICIPADA
<input type="checkbox"/>	108	PENSIÓN DE VEJEZ PROPORCIONAL
<input type="checkbox"/>	109	PENSIÓN DE VEJEZ PROPORCIONAL ANTICIPADA
<input type="checkbox"/>	110	PENSIÓN DE VEJEZ ESPECIAL PARA LOS TRABAJADORES ESTACIONALES, AGRICOLAS Y DE LA CONSTRUCCIÓN
<input type="checkbox"/>	133	PENSIÓN DE VEJEZ ANTICIPADA LEY 45 SECTOR BANANERO

<input type="checkbox"/>	20	PENSIÓN DE INVALIDEZ
<input type="checkbox"/>	30	PENSIÓN SOBREVIVIENTE
<input type="checkbox"/>	17	ASIGNACIÓN FAMILIAR (Puede solicitarlo junto con la Vejez Normal)
<input type="checkbox"/>	13	INDEMNIZACIÓN POR VEJEZ
<input type="checkbox"/>	24	INDEMNIZACIÓN POR INVALIDEZ
<input type="checkbox"/>	32	INDEMNIZACIÓN POR SOBREVIVIENTE
<input type="checkbox"/>	134	PENSIÓN DE INVALIDEZ LEY 45 SECTOR BANANERO

ESTATUS DEL ASEGURADO (A)

<input type="checkbox"/>	1	TRABAJANDO
<input type="checkbox"/>	2	DESEMPLEADO
<input type="checkbox"/>	3	PENSIONADO (A)

<input type="checkbox"/>	4	FALLECIDO
<input type="checkbox"/>	5	INCAPACITADO (A)
<input type="checkbox"/>	6	LICENCIA SIN SUELDO

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PENSIONADO POR SOBREVIVIENTE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Y No. S.S. DEL FALLECIDO (A) _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PENSIONADO POR RIESGOS PROFESIONALES

¿RECIBE OTRA PRESTACIÓN DE LA C.S.S.?

SI

NO

CLASE DE PRESTACIÓN _____

INDIQUE EL MONTO MENSUAL B/. _____

NOMBRE LEGAL DEL ASEGURADO(A) O FALLECIDO(A)

Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____ Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Apellido del Esposo _____

Nº DE CÉDULA _____ SEGURO SOCIAL _____ OTROS _____

ESTADO CIVIL _____ SEXO F M

FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____ LUGAR _____ TEL. RESID. _____
(DÍA) (MES) (AÑO)

TEL. DE OFICINA _____ TEL. AUXILIAR _____ PREGUNTAR POR _____

CORREO ELECTRÓNICO _____ TEL. CELULAR _____

DIRECCIÓN RESIDENCIAL EXACTA DEL ASEGURADO (A) _____

NOMBRE DEL PADRE _____

NOMBRE DE LA MADRE _____

UBICACIÓN DE PAGO

1. ACREDITAMIENTO BANCARIO

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN FINANCIERA: _____

NÚMERO DE LA CUENTA: _____

(A título personal)

TIPO DE CUENTA: CORRIENTE AHORRO

2. CORREO APARTADO POSTAL DEL ASEGURADO(A): _____

(Apartado) (zona) (ciudad)

3. CENTRO DE PAGO

(Escriba el nombre del Centro de Pago)

EN CASO DE PENSIÓN DE SOBREVIVIENTE ANOTE LO SIGUIENTE:

NOMBRE DEL SOLICITANTE _____ Nº. DE S.S. _____ Nº DE CÉDULA _____

FECHA DE NACIMIENTO DEL SOLICITANTE ____/____/____ TELÉFONO _____
(DÍA) (MES) (AÑO)

PARENTESCO CON EL FALLECIDO (A) _____ FECHA DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO (A) ____/____/____
(DÍA) (MES) (AÑO)

DIRECCIÓN RESIDENCIAL DEL SOLICITANTE _____

VºBº DEPARTAMENTO DE AFILIACIÓN _____ FECHA _____

OPCIONES

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

SI

NO

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

SI

NO

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

SI

NO

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

SI

NO

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

SI

NO

CUANDO SOLICITE PENSIÓN DE VEJEZ, INVALIDEZ, ASIGNACIÓN FAMILIAR, SOBREVIVIENTE, DETALLE LOS DEPENDIENTES EN EL SIGUIENTE ORDEN: ESPOSA, ESPOSO, COMPAÑERA, O HIJO(S) MENOR(ES) DE 18 AÑOS O MAYOR(ES) DE 18 AÑOS SI ES (SON) INVÁLIDO(S).

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

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		HASTA		
		DÍA	AÑO	DÍA	MES	AÑO

OBSERVACION: 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(ON) PUESTA(S) EN MI PRESENCIA
	NOMBRE DEL SERVIDOR (A) PUBLICO (A) RESPONSABLE
	FIRMA DEL SERVIDOR(A) PÚBLICO(A) RESPONSABLE

FIRMA DEL SOLICITANTE O LA SOLICITANTE

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

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 ADVETIRÁ 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				Sello de la Agencia Administrativa
Lugar de la Solicitud	Fecha de recibo	día	mes	
		año		
Hora de recepción (a.m./p.m.)				VºBº Jefe del Área de PE o quien se delegue
NOMBRE COMPLETO DEL SERVIDOR PÚBLICO QUE RECIBE				
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO QUE RECIBE				