

SOLICITUD DE BENEFICIOS POR MUERTE**PARTE A****IDENTIFICACIÓN DEL(A) TRABAJADOR(A)**

1. Nombre del(a) trabajador(a) fallecido(a):		2. Número de Seguro Social	3. Sexo	4. Fecha de nacimiento
5. Dirección residencial:		6. Dirección postal:		
7. Ocupación:	8. Fecha de muerte:	9. Causa de la muerte: (Explique brevemente)		
10. Patronos para los que trabajó durante los 18 meses anteriores a la muerte. (Indique nombres de las compañías, direcciones y fechas de empleo)				
a. _____		b. _____		
_____		_____		
_____		_____		
Desde _____ hasta _____		Desde _____ hasta _____		

PARTE B**SOLICITUD DE BENEFICIOS A DEPENDIENTES**

1. Nombre del solicitante	2. Fecha de nacimiento	3. Dependiente directo del trabajador fallecido <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. Dirección postal		5. Dirección residencial
6. Solicita beneficios a nombre de dependiente(s) <input type="checkbox"/> Menor (es) de edad <input type="checkbox"/> Incapacitado(s) por orden judicial		7. Dependientes por los cuales solicita beneficios: a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ e) _____
8. Representante autorizado de dicho(s) dependiente(s) <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Administrador <input type="checkbox"/> Encargado <input type="checkbox"/> Albacea		
9. Otros dependientes conocidos: a. _____ b. _____ c. _____ d. _____ e. _____ f. _____		10. Evidencia adjunta <input type="checkbox"/> Acta de Defunción <input type="checkbox"/> Orden judicial <input type="checkbox"/> Certificado de nacimiento <input type="checkbox"/> Certificado de matrimonio <input type="checkbox"/> Otro documento (Especifique) _____

CERTIFICACIÓN

Certifico que la información suministrada en este formulario es cierta. Sé que la Ley Núm. 139 de 26 de junio de 1968, enmendada, en sus Secciones 3 (o) y 11 (a), impone penas graves como multa, cárcel o ambas, a discreción del Tribunal por ofrecer información falsa con el propósito de obtener beneficios.

Firma del solicitante o representante autorizado	Número de Seguro Social	Fecha
--	-------------------------	-------

PARTE C**INFORME PATRONAL**

1. Nombre del(a) trabajador(a) fallecido(a)		2. Número Seguro Social	3. Número de empleado
4. Ocupación	5. Salario semanal regular \$	6. Horario semanal regular horas	7. Si era chofer, número de licencia
8. El (la) trabajador(a) cotizó para <input type="checkbox"/> Seguro Choferil <input type="checkbox"/> SINOT		9. Último día de trabajo	10. Razón de cesantía
11. Incapacidad relacionada con el trabajo: <input type="checkbox"/> Sí Fecha informe accidente _____ <input type="checkbox"/> No Núm. Caso C.F.S.E. _____		12. Incapacidad relacionada con accidente de automóvil <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
13. ¿Es un patrono exento asegurado voluntariamente con la Ley Núm. 139 de 1968, enmendada (doméstico, sin fines de lucro o acogido al Seguro Choferil)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		14. Indique el número del plan privado aprobado por el Director del Programa del Seguro por Incapacidad (Ley Núm.139)? _____	
Grupo de trabajadores incluidos _____		15. ¿El empleado aporta parte de la contribución? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre y dirección de la compañía		Número de cuenta de Seguro por Desempleo y SINOT <input type="text"/> <input type="text"/>	
e-mail _____		Número de Cuenta Federal <input type="text"/> <input type="text"/>	
Teléfono _____		Fax _____	

CERTIFICACIÓN

Certifico que la información suministrada en este formulario es cierta. Sé que la Ley Núm. 139 de 26 de junio de 1968, enmendada, en sus Secciones 3 (o) y 11 (a), impone penas graves-como multa, cárcel o ambas, a discreción del Tribunal- por ofrecer información falsa relativa a una reclamación de beneficios por incapacidad.

Nombre del patrono o representante autorizado(<u>en letra de molde</u>)	Firma	Fecha
---	-------	-------

USO OFICIAL	Cotejado por:
Plan Contributorio <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fecha:

INSTRUCCIONES

Un beneficio por muerte de \$_____ es pagadero a los dependientes directos de un(a) trabajador(a) fallecido(a) debido a una condición compensable por la Ley Núm. 139 si la muerte ocurriera en el año siguiente al comienzo de la incapacidad. Los dependientes podrán recibir también los beneficios adeudados al trabajador. Deberán solicitar estos beneficios no más tarde de **seis (6) meses** después de la muerte del trabajador. Si radica la solicitud posteriormente, deberá justificar la tardanza.

El dependiente del(a) trabajador(a) fallecido(a) o su representante autorizado, deberán completar la **parte A (Identificación del trabajador)** y la **parte B (Informe del solicitante)** de este formulario. Al **último patrono** con el cual estuvo empleado le corresponderá completar la **parte C**. Si el trabajador estuvo asegurado con el Plan de Gobierno (Plan Público), el solicitante deberá llenar el formulario correspondiente. Si tiene dudas en cuanto a la información que se le solicita, o en cuanto al trámite de esta solicitud, visite _____ (dirección de la aseguradora o patrono autoasegurado).

Una vez completada la solicitud envíela a la siguiente dirección:

(Nombre y dirección de la aseguradora o patrono autoasegurado)

TRIPLE-S VIDA, INC. PO Box 363786, San Juan, PR 00936-3786 Tel. 758-4888
