

**SOLICITUD DE CONSTANCIA DE SALDOS, PROYECCIÓN A 6 MESES
(Beneficio por Sobrevivencia)**

Solicito (Solicitamos) al Departamento de Cartera y Cobro que admita la presente solicitud, en cumplimiento con los requisitos establecidos para Solicitud de Beneficio por Sobrevivencia:

I. INFORMACIÓN DEL CAUSANTE:		
Nombres y Apellidos _____		
DNI _____	Estado Civil _____	Profesión u Oficio _____
D ____ /M ____ /A ____ Fecha de Nacimiento	D ____ /M ____ /A ____ Fecha de Fallecimiento	
II. INFORMACIÓN DE LOS SOLICITANTES/BENEFICIARIOS		
Solicitante/Beneficiario 1		
Nombres y Apellidos _____		
DNI _____, Correo Electrónico _____		
No. de Tel. Fijo: _____, No. de Tel. Celular: _____		
Consanguineidad con el causante: _____		
Beneficio por solicitar: _____		
REPRESENTANTE LEGAL: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Nombre del Representante Legal: _____		
DNI _____		
No. de Teléfono: _____, Correo Electrónico _____		
Solicitante/Beneficiario 2		
Nombres y Apellidos _____		
DNI _____, Correo Electrónico _____		
No. de Tel. Fijo: _____, No. de Tel. Celular: _____		
Consanguineidad con el causante: _____		
Beneficio por solicitar: _____		
REPRESENTANTE LEGAL: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Nombre del Representante Legal: _____		
DNI _____		
No. de Teléfono: _____, Correo Electrónico _____		
Solicitante/Beneficiario 3		
Nombres y Apellidos _____		
DNI _____, Correo Electrónico _____		
No. de Tel. Fijo: _____, No. de Tel. Celular: _____		
Consanguineidad con el causante: _____		
Beneficio por solicitar: _____		
REPRESENTANTE LEGAL: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Nombre del Representante Legal: _____		
DNI _____		
No. de Teléfono: _____, Correo Electrónico _____		
Solicitante/Beneficiario 4		
Nombres y Apellidos _____		
DNI _____, Correo Electrónico _____		
No. de Tel. Fijo: _____, No. de Tel. Celular: _____		

Consanguinidad con el causante: _____
Beneficio por solicitar: _____
REPRESENTANTE LEGAL: SI NO
Nombre del Representante Legal: _____
DNI _____
No. de Teléfono: _____, Correo Electrónico _____

Solicitante/Beneficiario 5

Nombres y Apellidos
DNI _____, Correo Electrónico _____
No. de Tel. Fijo: _____, No. de Tel. Celular: _____
Consanguinidad con el causante: _____
Beneficio por solicitar: _____
REPRESENTANTE LEGAL: SI NO
Nombre del Representante Legal: _____
DNI _____
No. de Teléfono: _____, Correo Electrónico _____

Solicitante/Beneficiario 6

Nombres y Apellidos
DNI _____, Correo Electrónico _____
No. de Tel. Fijo: _____, No. de Tel. Celular: _____
Consanguinidad con el causante: _____
Beneficio por solicitar: _____
REPRESENTANTE LEGAL: SI NO
Nombre del Representante Legal: _____
DNI _____
No. de Teléfono: _____, Correo Electrónico _____

Solicitante/Beneficiario 7

Nombres y Apellidos
DNI _____, Correo Electrónico _____
No. de Tel. Fijo: _____, No. de Tel. Celular: _____
Consanguinidad con el causante: _____
Beneficio por solicitar: _____
REPRESENTANTE LEGAL: SI NO
Nombre del Representante Legal: _____
DNI _____
No. de Teléfono: _____, Correo Electrónico _____

III. CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS

Para acreditar los requisitos pertinentes de Solicitud de Constancia de Saldos (proyectada a 6 meses) por parte del Departamento de Cartera y Cobro del INJUPEMP, se presentan los siguientes documentos:

- 1. Una (1) copia del Certificado de Defunción original del causante, extendido por el Registro Nacional de las Personas (RNP).
- 2. Una (1) fotocopia legible por ambos lados del DNI de cada Solicitante/Beneficiario mayor a 18 años.
- 3. Una (1) copia de la Partida de Nacimiento de cada Solicitante/Beneficiario menor a 18 años.
- 4. En caso de contar con un Representante legal que gestione el trámite, adjuntar copia de "Carta Poder" correspondiente, la cual deberá ser cotejada conforme a la original.
- 5. Una (1) copia de esta solicitud como comprobante de recepción para firma, sello y fecha del instituto, el cual servirá como constancia de que la solicitud fue emitida y recibida correctamente.

6. Al tener un préstamo vigente y estar en trámite el pago de prestaciones, presentar comprobante de la deducción realizada por la oficina de Recursos Humanos de la Institución a la que pertenece.

IV. DECLARACIÓN

Así mismo, hacemos constar que:

1.- La información detallada en la presente solicitud es verdadera y los documentos adjuntos son verídicos.

NOTIFICACIÓN:

- El INJUPEMP se pondrá en contacto con el (los) solicitante (s) a través de los números telefónicos del Call Center 2290-1900 o mediante un mensaje SMS.
- En caso de existir un Retiro de Oficio, Revisión de Aportaciones o un Reintegro al Sistema, el tiempo de emisión de la Constancia de Saldo podrá variar debido al proceso de investigación correspondiente.

V. NOMBRE (S) Y APELLIDO (S) DEL (LOS) SOLICITANTE (S) Y/O BENEFICIARIO (S)		FIRMA
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		

VI. PARA USO EXCLUSIVO DEL INJUPEMP

Nombre del Receptor del Depto. de Cartera y Cobro _____
Firma

Fecha y hora de recepción de solicitud:

D _____ /M _____ /A _____ _____
Fecha Hora

Estatus del Participante/Pensionado a fecha de solicitud:

Activo Pensionado Suspenso Otros _____