

1. IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO (En caso de muerte del afiliado indicar datos del BENEFICIARIO)

Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Fecha de nacimiento		Tipo de documento de identidad		N° de documento de identidad		Teléfono de contactación	
		<input type="checkbox"/> CNA	<input type="checkbox"/> DIMEX	<input type="checkbox"/> PEX			
DOMICILIO PARTICULAR							
Provincia		Cantón		Distrito		Barrio	
Correo electrónico							

2. CAUSAL DE PENSIÓN

Pensión del afiliado	Beneficio por muerte del pensionado	Beneficio por muerte del afiliado	Transmisión hereditaria
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. DATOS DEL FALLECIDO (sólo en caso de muerte del afiliado)

Nombre del fallecido:		N° de documento de identidad	
-----------------------	--	------------------------------	--

4. DECLARACIÓN JURADA DE BENEFICIARIOS

<input type="checkbox"/> SI	He sido asesorado (a) y conociendo las implicaciones, NO quiero designar beneficiarios						
La suma de todos los porcentajes designados debe ser 100%							
Beneficiario 1							
Nombre completo							
N° de documento de identidad		Porcentaje designado		Grado	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> Otro (indique #)
Correo electrónico				Teléfono de contactación			
Parentesco	<input type="checkbox"/> Hijos (as)	<input type="checkbox"/> Cónyuge / pareja	<input type="checkbox"/> Hermano (na)	<input type="checkbox"/> Madre o padre	<input type="checkbox"/> Otros		
Beneficiario 2							
Nombre completo							
N° de documento de identidad		Porcentaje designado		Grado	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> Otro (indique #)
Correo electrónico				Teléfono de contactación			
Parentesco	<input type="checkbox"/> Hijos (as)	<input type="checkbox"/> Cónyuge / pareja	<input type="checkbox"/> Hermano (na)	<input type="checkbox"/> Madre o padre	<input type="checkbox"/> Otros		
Beneficiario 3							
Nombre completo							
N° de documento de identidad		Porcentaje designado		Grado	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> Otro (indique #)
Correo electrónico				Teléfono de contactación			
Parentesco	<input type="checkbox"/> Hijos (as)	<input type="checkbox"/> Cónyuge / pareja	<input type="checkbox"/> Hermano (na)	<input type="checkbox"/> Madre o padre	<input type="checkbox"/> Otros		
Beneficiario 4							
Nombre completo							
N° de documento de identidad		Porcentaje designado		Grado	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> Otro (indique #)
Correo electrónico				Teléfono de contactación			
Parentesco	<input type="checkbox"/> Hijos (as)	<input type="checkbox"/> Cónyuge / pareja	<input type="checkbox"/> Hermano (na)	<input type="checkbox"/> Madre o padre	<input type="checkbox"/> Otros		

5. CONSTANCIA DE RECEPCIÓN DE SOLICITUD

Nombre del solicitante		N° de documento de identidad		Nombre del representante de la OPC		N° de documento de identidad	
Firma del solicitante (una sola vez)				Firma del representante de la OPC (una sola vez)			
<i>*Firmas válidas: puño y letra, y certificado digital *</i>				<i>*Firmas válidas: puño y letra, y certificado digital *</i>			