



## SOLICITUD DE PAGO SEGURO DE VIDA Y ACCIDENTES PERSONALES

1. N°:

2. Fecha:

### DATOS DEL (LA) BENEFICIARIO(A) SOLICITANTE

3. Nombres y Apellidos:		4. Cédula de Identidad::	5. Parentesco con el (la) Trabajador(a) Afiliado(a):	
6. Dirección de Habitación:			7. Telefono/ N° de Celular:	8. Correo Electrónico:

### DATOS DEL (LA) TRABAJADOR(A) AFILIADO(A)

9. Nombres y Apellidos:		10. Cédula de Identidad::	11. Fecha de Nacimiento:	12. Edad:
13. Tipo de Personal: <input type="checkbox"/> Docente <input type="checkbox"/> Administrativo <input type="checkbox"/> Obrero		14. Condicion Laboral: <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Pensionado		15. Cargo Desempeñado:
16. Ubicación Administrativa (Sede Rectoral/ Instituto Pedagógico):			17. Dependencia de Adscripción:	18. Telfono/ Extension:

### DATOS DEL SINIESTRO

19. Tipo de Siniestro: <input type="checkbox"/> Fallecimiento <input type="checkbox"/> Invalidez o Incapacidad		20. Fecha:	21. Monto de la Cobertura del Beneficio (Bs. F):
22. Observaciones:			

### RELACIÓN DE DOCUMENTOS CONSIGNADOS

<input type="checkbox"/> Acta de Defunción (Original y dos Fotocopias)	<input type="checkbox"/> Partida de Nacimiento de los(as) beneficiarios(as) si son menores de edad (Original)
<input type="checkbox"/> Cédula de Identidad del (la) Trabajador(a) Afiliado(a) (Fotocopia)	<input type="checkbox"/> Declaración Jurada de Únicos y Universales Herederos
<input type="checkbox"/> Cédula de Identidad del (la) beneficiario (a) Afiliado(a) (Fotocopia)	<input type="checkbox"/> Autorización del Tribunal de Protección al Menor
<input type="checkbox"/> Recibos de Pago de Nómina del (la) Trabajador(a) Afiliado(a) (4 últimos)	<input type="checkbox"/> Acta de Matrimonio/ Constancia de Convivencia) (Original y dos Fotocopias)
<input type="checkbox"/> Informe Detallado del accidente	<input type="checkbox"/> Informe del Médico Tratante
<input type="checkbox"/> Otros:	

### DATOS PARA LA TRAMITACION DEL PAGO DEL BENEFICIO

24. Beneficiarios(as)	25. Cédula de Identidad	26. Número de Cuenta Bancaria	27. Entidad Bancaria	28. Tipo Cuenta

### RECIBO DE PAGO

29. HE RECIBIDO DEL FONDO DEL SEGURO DE VIDA Y ACCIDENTES PERSONALES DE LA UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA EXPERIMENTAL LIBERTADOR LA CANTIDAD DE BOLIVARES (BsF. ) PARA CUBRIR EL BENEFICIO DE SEGURO DE VIDA Y/O ACCIDENTES PERSONALES.			30. Solicitante:  Firma Fecha:																
31. Direccion General de Personal/ Unidad de Personal/ Unidad de Relaciones Laborales/ Sección de Relaciones Laboral Soial			32. Direccion General de Administracion y Finanzas/ Unidad de Administracion																
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">Imputación Presupuestaria</th> <th rowspan="2">(Nombre y Apellido del (la) Analista Responsable)</th> </tr> <tr> <th>Proyecto</th> <th>Acción Especifica</th> <th>Código Producto</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>			Imputación Presupuestaria			(Nombre y Apellido del (la) Analista Responsable)	Proyecto	Acción Especifica	Código Producto					<table border="1"> <tr> <td colspan="2">Firma</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Fecha:      </td> </tr> </table>		Firma		Fecha:	
Imputación Presupuestaria			(Nombre y Apellido del (la) Analista Responsable)																
Proyecto	Acción Especifica	Código Producto																	
Firma																			
Fecha:																			

## INSTRUCCIONES DE LLENADO

**Instrucciones:** Este formulario debe ser llenado de acuerdo a las siguientes instrucciones:

### CAMPO INSTRUCCIÓN

- 01 Anote el número del correlativo correspondiente.
- 02 Anote la fecha de llenado de la solicitud.

### DATOS DEL (LA) BENEFICIARIO(A) SOLICITANTE

- 03 Escriba nombres y apellidos tal como aparece en la cédula de identidad.
- 04 Anote el número de la cédula de identidad.
- 05 Escriba el vínculo o parentesco que el (la) beneficiario(a) tiene con el (la) afiliado(a) titular.
- 06 Escriba la dirección de ubicación exacta de habitación (especificando ciudad, estado).
- 07 Anote el número de teléfono de habitación o celular donde pueda ser localizado.
- 08 Escriba la dirección de correo electrónico.

### DATOS DEL (LA) TRABAJADOR(A) AFILIADO(A)

- 09 Escriba nombres y apellidos tal como aparece en la cédula de identidad.
- 10 Anote el número de la cédula de identidad.
- 11 Anote la fecha de nacimiento (día, mes y año).
- 12 Anote en años la edad de acuerdo a su fecha de nacimiento.
- 13 Marque con una equis (x) en el recuadro correspondiente el tipo de personal: Docente, Administrativo, Obrero.
- 14 Marque con una equis (x) en el recuadro correspondiente la condición laboral del (la) trabajador(a): Activo(a), Pensionado(a) por Incapacidad, Jubilado(a).
- 15 Escriba la denominación del cargo que ocupa.
- 16 Escriba la ubicación administrativa: Sede o Instituto, según el caso.
- 17 Escriba el nombre de la Dependencia de adscripción.
- 18 Anote el número de teléfono y/o extensión.
- 19 Marque con una equis (x) en el recuadro correspondiente al tipo de siniestro: fallecimiento ya sea por accidente o muerte natural, invalidez o incapacidad parcial o permanente.
- 20 Anote la fecha de ocurrencia del siniestro (día, mes y año).

**DATOS DEL SINIESTRO**

- 21 Anote el monto reconocido por cobertura de Seguro de Vida y Accidentes Personales
- 22 Escriba las observaciones que considere necesarias.

**RELACIÓN DE DOCUMENTOS CONSIGNADOS**

- 23 Marque con una equis (X) en el recuadro correspondiente a la columna documentos consignados por el (la) (los) interesado (a) (s) la relación de documentos que acompañan la Solicitud de Pago por Seguro de Vida y Accidentes Personales.

**DATOS PARA LA TRAMITACION DEL PAGO DEL BENEFICIO**

- 24 Escriba nombres y apellidos de cada uno de los beneficiarios, tal como aparece en la cédula de identidad.
- 25 Anote el número de la cédula de identidad.
- 26 Anote el número de la Cuenta Bancaria en el que se realizará el depósito correspondiente a la indemnización.
- 27 Escriba el nombre de la entidad bancaria donde el (la) beneficiario(a) posee la cuenta.
- 28 Escriba en el recuadro correspondiente el tipo de cuenta bancaria: corriente, ahorro.

**RECIBO DE PAGO**

- 29 Declaración de haber recibido conforme el pago correspondiente a la indemnización de Seguro de Vida y Accidentes Personales, según la distribución porcentual del beneficio.
- 30 Registre la firma del (la) beneficiario(a).

**DIRECCIÓN GENERAL DE PERSONAL/ UNIDAD DE PERSONAL**

- 31 Registre la firma del (la) analista responsable de procesar la solicitud, la fecha de recepción y el sello de la Unidad de Relaciones Laborales/ Sección de Relaciones Laboral Social.  
Anote los códigos correspondientes a la imputación presupuestaria, en cuanto a:
  - Proyecto
  - Acción Específica
  - Código Producto
- 32 Registre la firma del (la) funcionario(a) receptor(a) de la solicitud, la fecha de recepción y el sello de la Dirección General de Administración y Finanzas/ Unidad de Administración.