



Apartado 08-16-06808
PANAMÁ 5, PANAMÁ

**CAJA DE SEGURO SOCIAL
ADMINISTRACIÓN DEL PLAN DE RETIRO ANTICIPADO AUTOFINANCIABLE
PRAA**

ARTÍCULO 13 DE LA LEY No.54 DE 27 DE DICIEMBRE DE 2000

**SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE APORTES
DOCENTE FALLECIDO**

DATOS GENERALES DEL EDUCADOR

Nombre: _____	Cédula: _____
Seguro Social: _____	Fecha de Nacimiento: _____
Lugar: _____	Edad: _____
Fecha de Fallecimiento: _____	

DATOS GENERALES DEL BENEFICIARIO

Nombre: _____	Cédula: _____
Fecha de Nacimiento: _____	Parentesco con el educador: _____
Dirección Residencial: _____	
Teléfonos: _____	

OBSERVACIONES: _____

FIRMA DEL (LA) SOLICITANTE

PARA USO DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL

Lugar de Solicitud: _____

Fecha de Recibido: _____

Nombre del funcionario que Recibe

Firma