



Apartado 08-16-06808
PANAMÁ 5, PANAMÁ

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

**SOLICITUD DE BENEFICIO
INDEMNIZACIÓN**

- Indemnización por Invalidez (Artículo 12)
- Indemnización por Muerte (Artículo 12)
- Indemnización por Muerte (Artículo 20)

ESTATUS DEL ASEGURADO

- Activo
- Inactivo

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