



Educadores Puertorriqueños en Acción, Inc.
P.O. Box 1139
Mayagüez, PR 00681-1139
Tel. (787) 833-2942



SOLICITUD DE PROTECCION MUTUA PERSONAL RETIRADO

I. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

NOMBRE Y APELLIDOS:	SEGURO SOCIAL:
DIRECCION POSTAL:	TELEFONO RESIDENCIAL:
CORREO ELECTRONICO:	TELEFONO CELULAR:

II. AGENCIA DE RETIRO A LA QUE PERTENECE: (MARQUE X)

1. SISTEMA DE RETIRO DE MAESTROS
 2. SISTEMA DE RETIRO CENTRAL PENSIONADOS (CLASIFICADOS)

III. RAZON PARA SOLICITAR LOS BENEFICIOS: (MARQUE X)

- ENFERMEDAD DEL SOCIO
 MUERTE DEL SOCIO
 MUERTE DEL JEFE PROVEEDOR

IV. DOCUMENTOS ADJUNTO A LA SOLICITUD: (MARQUE X)

- CERTIFICADO MEDICO
 EVIDENCIA HOSPITALIZACION
 ACTA DE DEFUNCION

FECHA

FIRMA DEL SOLICITANTE

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA (FAVOR DE NO LLENAR ESTA PARTE)

OBSERVACIONES: _____

CANTIDAD OTORGADA: _____

FECHA: _____

PERSONA AUTORIZADA: _____