

**REGISTRO DE AFILIADOS PARA DOCENTES JUBILADOS O PENSIONADOS**

**DATOS PERSONALES DEL AFILIADO**

|   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <b>1. Apellidos y Nombres</b><br><br>Primer Apellido <table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"></table><br>Segundo Apellido <table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"></table><br>Apellido de Casada <table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"></table><br>Primer Nombre <table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"></table><br>Segundo Nombre <table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"></table> | <b>2. Sexo</b><br><br><input type="checkbox"/> M<br><br><input type="checkbox"/> F | <b>3. Estado Civil</b><br><br><input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado<br><input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Otro<br><input type="checkbox"/> Viudo | <b>4. Cedula de Identidad</b><br>IE <table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"></table><br>IV <table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"></table> |
|   |  |   | <b>5. Fecha de Nacimiento</b><br>____/____/____   |

**6. Dirección de Habitación**

|  |                             |
|--|-----------------------------|
| <b>7. Cotiza al IPAS Estatal como Jubilado o Pensionado:</b><br><input type="checkbox"/> 3% Ahorros <input type="checkbox"/> 3% Servicio Médico <input type="checkbox"/> No aporta | <b>8. Teléfono</b><br>_____ |
|--|-----------------------------|

**DATOS DE LOS BENEFICIARIOS**

| 9. Apellidos y Nombres | 10. Sexo |   | 11. Edo. Civil | 12. Fecha de Nacimiento | 13. Cedula de Identidad | 14. Parentesco |
|------------------------|----------|---|----------------|-------------------------|-------------------------|----------------|
|                        | M        | F |                |                         |                         |                |
|                        |          |   |                |                         |                         |                |
|                        |          |   |                |                         |                         |                |
|                        |          |   |                |                         |                         |                |
|                        |          |   |                |                         |                         |                |
|                        |          |   |                |                         |                         |                |
|                        |          |   |                |                         |                         |                |
|                        |          |   |                |                         |                         |                |
|                        |          |   |                |                         |                         |                |
|                        |          |   |                |                         |                         |                |

**AGENCIA Y/U OFICINA DE PAGO POR MEDIO DE LA CUAL RECIBE EL MONTO DE JUBILACIÓN O PENSIÓN**

|                   |                      |
|-------------------|----------------------|
| <b>15. Nombre</b> | <b>16. Dirección</b> |
|                   |                      |

**DECLARO QUE LOS BENEFICIARIOS DE LA ASIGNACIÓN POR CAUSA DE MUERTE Y LA PROPORCIÓN A SER REPARTIDAS SON:**

| 17. Apellidos y Nombres | 18. Cedula de Identidad | 19. Parentesco | 20. Porcentaje (%) |
|-------------------------|-------------------------|----------------|--------------------|
|                         |                         |                |                    |
|                         |                         |                |                    |
|                         |                         |                |                    |

|  |   |
|--|---|
| <b>21. SOLO PARA USO DE LA OFICINA RECPTORA</b><br>CERTIFICADO DE QUE HE CONSTATADO LA DOCUMENTACIÓN, Y QUE LOS DATOS COINCIDAN CON ESTA<br><br><div style="text-align: center;">           _____<br/>           NOMBRE         </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 30%;">           _____<br/>           LUGAR         </div> <div style="width: 30%;">           _____<br/>           FECHA         </div> <div style="width: 30%;">           _____<br/>           FIRMA         </div> </div> | <b>22. DOY FE DE QUE LOS DATOS Y DOCUMENTOS PRESENTADOS SON VERDADEROS</b><br><br><div style="text-align: center; margin-top: 20px;">           _____<br/>           FIRMA DEL JUBILADO O PENSIONADO         </div> |
|--|---|