Nº de solicitud:

SOLICITUD INDEMNIZACIÓN

Datos del Titular:

Apellidos y Nombres :	**Cédula de la Identidad:**			**Tipo de Personal:**										
	V				**Fij**	**Cont**	**Jub**	**Pen**		**Fij**	**Cont**	**Jub**	**Pen**
				Doc.					**Obr.**				
	E			**Adm.**									

Fecha de Fallecimiento:	**Estado:**	**Causa del Fallecimiento:**

Requisitos:

	VIDA
	Original y Fotocopia del Acta de Defunción.
	Autorización de los Herederos para depósito en cuenta.
	Copia de la primera página de la libreta de ahorros o cheque donde aparezca número de cuenta y nombre, de lo contrario certificación bancaria.
	Original y Fotocopia de la Autorización judicial expedida por un Juez de Menores, en caso de existir menores de edad beneficiarios.
	Fotocopia de la Declaración de Únicos y Universales Herederos del titular.
En caso de la Declaración de Únicos y Universales Herederos no contenga los siguientes documentos, deberán anexar:	
	Fotocopia Partida de Nacimiento del titular, en caso de padres herederos.
	Fotocopia del Acta de Matrimonio o Constancia de Concubinato, en caso de cónyuge heredero.
	Fotocopia Partida de Nacimiento, en caso de hijos herederos.
	ACCIDENTES PERSONALES
Los siguientes documentos deben ser presentados en caso de muerte accidental:	
	Informe de las autoridades que intervinieron en el accidente: Transito, Bomberos, C.I.C.P.C., dependiendo del caso.

Beneficiarios				
Apellido y Nombre	**C.I. N°**	**Monto Bs.**	**Banco**	**Nro. Cuenta**

Nombre y Apellido de la persona que entregó los documentos:	**Recepción de Documentos / División de Seguros / Zonas Educativas: :**
	Nombre y Apellidos del Funcionario:
Cédula de la Identidad:	
Teléfonos:	**Fecha:**
Firma:	**Firma:**

Nº de solicitud:

SOLICITUD REEMBOLSO POR GASTOS FUNERARIOS

Datos del Titular:

Apellidos y Nombres :	Cédula de la Identidad:			Tipo de Personal:									
	V				Fij	Cont	Jub	Pen		Fij	Cont	Jub	Pen
				Doc.					Obr.				
	E			Adm.									

Datos del Fallecido:

Apellidos y Nombres:	Cédula de la Identidad:			Parentesco:			
	V			Padre.		Hijo.	
	E			Madre.		Cónyuge.	

Fecha del Fallecimiento:	Estado:	Causa del Fallecimiento:

Requisitos:

	FUNERARIO
	Copia del documento que justifique el vínculo del fallecido con el Titular.
	Original y Copia del Acta de Defunción.
	Original de las facturas debidamente **(DESGLOSADA Y CANCELADA),** Gastos Funerarios, Parcela y/o Cremación.
	Copia de la primera página de la libreta de ahorros o cheque donde aparece número de cuenta y nombre, de lo contrario certificación bancaria.

Nota: Toda factura debe cumplir con las normas establecidas por el SENIAT, la cual especifique la forma de pago, firma y sello de la persona autorizada.

Beneficiario del Pago				
Apellido y Nombre	C.I. N°	Monto Bs.	Banco	Nro. Cuenta

Nombre y Apellido de la persona que entregó los documentos:	Recepción de Documentos / División de Seguros / Zonas Educativas:
	Nombre y Apellidos del Funcionario:
Cédula de la Identidad:	
Teléfonos:	Fecha:
Firma:	Firma:

Nº de solicitud:

SOLICITUD ACCIDENTE ESCOLAR

Datos del Representante Legal:

Apellidos y Nombres :	**Cédula de la Identidad:**			**Parentesco:**			
	V			**Padre.**		**Otros.**	
	E			**Madre.**			

Datos del estudiante:

Apellidos y Nombres:	**Cédula de la Identidad:**			**Fecha Nacimiento:**	**Edad:**	**Sexo:**
	V					
	E			/ /		**M** ☐ **F** ☐

Fecha del Accidente:	**Estado:**	**Causa del Accidente:**

Documentación Requerida:

	ACCIDENTE ESCOLAR
	Fotocopia Partida de Nacimiento del estudiante.
	Carta Narrativa de los Hechos firmada y sellada por el Director del Plantel y el Representante Legal del Alumno.
	Informe Médico, Firmado y Sellado por el Médico Tratante, deberá contener el Número del MSAS.
	Original y Copia del Acta de Defunción.
	Informe de las Autoridades que intervinieron en el Accidente: Transito, Bomberos, C.I.C.P.C., dependiendo del caso.
	Original de las facturas por Gastos Médicos, Intervención Quirúrgicas o Gastos Funerarios, debidamente desglosadas y que cumpla con las normas establecidas por el **SENIAT.** Facturas por Gastos de Médicos consignar los récipes correspondientes.
	Copia de la libreta de ahorros o cheque donde aparece número de cuenta y nombre, de lo contrario certificación bancaria.
	Autorización en caso que el representante legal no posea cuenta bancaria, esta debe indicar nombre completo y cédula del titular.

Beneficiario del Pago				
Apellido y Nombre	**C.I. N°**	**Monto Bs.**	**Banco**	**Nro. Cuenta**

Nombre y Apellido de la persona que entregó los documentos:	**Recepción de Documentos / División de Seguros / Zonas Educativas:**
	Nombre y Apellidos del Funcionario:
Cédula de la Identidad:	
Teléfonos:	**Fecha:**
Firma:	**Firma:**

Ministerio del Poder Popular para la **Educación** | Oficina de Recursos Humanos

Nº de solicitud:

SOLICITUD DE REEMBOLSO POR GASTOS MÉDICOS

Datos del Titular:

Apellidos y Nombres :	**Cédula de la Identidad:**			**Tipo de Personal:**									
	V				**Fij**	**Cont**	**Jub**	**Pen**		**Fij**	**Cont**	**Jub**	**Pen**
				Doc.					**Obr.**				
	E			**Adm.**									

Datos del Beneficiario:

Apellidos y Nombres:		**Cédula de la Identidad:**			**Parentesco:**			
		V			Padre.		Hijo.	
		E			Madre.		Cónyuge.	

Requisitos:

	Copia del Documento que justifique el vínculo del Beneficiario con el Titular.
	Original y Fotocopia del Informe Médico amplio y detallado.
	Fotocopia de Récipes.
	Fotocopia de los Estudios Realizados.
	Original de las facturas debidamente **(DESGLOSADA Y CANCELADA)**.
	Copia de la primera página de la libreta de ahorros o cheque donde aparece número de cuenta y nombre, de lo contrario certificación bancaria.

Nota: Toda factura debe cumplir con las normas establecidas por el SENIAT, la cual especifique la forma de pago, firma y sello de la persona autorizada.

Para ser llenado por el Funcionario Autorizado:

Beneficiario del Pago				
Apellido y Nombre	**C.I. N°**	**Monto Bs.**	**Banco**	**Nro. Cuenta**

Nombre y Apellido de la persona que entregó los documentos:	**Recepción de Documentos / División de Seguros / Zonas Educativas:**
	Nombre y Apellidos del Funcionario:
Cédula de la Identidad:	
Teléfonos:	**Fecha:**
Firma:	**Firma:**

Plazo para entrega de los documento es de noventa (90) días Continuos

Nº de solicitud:

SOLICITUD DE AFILIACIÓN AL PLAN DE AUTOGESTIÓN SALUD Y PREVISIÓN

Datos del titular

Apellidos y nombres :		Cédula de la identidad:			Tipo de personal:									
		V			Doc.	Fij	Cont	Jub	Pen	Obr.	Fij	Cont	Jub	Pen
		E			Adm.									
Sexo:	Masculino ☐ Femenino ☐	Fecha de nacimiento			Fecha de ingreso									
Estado civil:	Soltero (a) ☐ Casado (a) ☐ Divorciado (a) ☐	/ /			/ /									
	Viudo (a) ☐ Concubino (a) ☐													

Ubicación

Edificio Sede: ☐	Dependencia:	Código	
Zona Educativa (Edo):	Dependencia o plantel:	Dependencia:	Plantel:

Dirección de habitación

Ciudad:	Parroquia:	Municipio:	Av. o calle:
Casa/Edif:	Apto:	Piso:	Teléfono:
Cel:		Correo electrónico:	

Datos de los beneficiarios

Nº	Apellidos	Nombres	Parentesco	Fecha de nac.	Cédula	Sexo	
						F	M
1				/ /			
2				/ /			
3				/ /			
4				/ /			
5				/ /			

"Declaro que los Beneficiarios aquí designados son los que deseo amparar en el Plan. Asimismo estoy en conocimiento de que cualquier cambio que desee efectuar estoy en obligación de notificarlo a la División de Seguros o en las Coordinaciones de Seguros del Ministerio del Poder Popular Para la Educación".

Firma: _____ **Cédula:** _____ **Fecha:** _____