



**SISTEMA DE RETIRO
JUNTA DE RETIRO
UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO**

**SOLICITUD DE PAGO POR DEFUNCIÓN
EMPLEADO ACTIVO**

Tipo de Solicitud:	☐ No Ocupacional	☐ Ocupacional		
INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (BENEFICIARIO)				
Nombre	Apellido Paterno	Apellido Materno	Número de Seguro Social	Parentesco o Relación con el Fallecido
Teléfono Residencial	Teléfono Celular	¿En qué capacidad hace usted esta reclamación?	Correo Electrónico	
		☐ Beneficiario ☐ Tutor ☐ Administrador ☐ Otro		
Dirección Postal			Dirección Residencial	
Pueblo Estado/País Código Postal			Pueblo Estado/País Código Postal	
INFORMACIÓN SOBRE EL PARTICIANTE FALLECIDO				
Nombre	Apellido Paterno	Apellido Materno	Número de Seguro Social	
Fecha del Fallecimiento (mm/dd/yyyy)	Causa del Fallecimiento	Puesto que ocupaba	Facultad, Departamento o Recinto	
Estatus del participante fallecido		¿Trabajó el participante en otra agencia gubernamental?		
☐ activo		☐ Sí, Indique cuál		
☐ en licencia		☐ No		
☐ inactivo				
¿Tuvo relación el fallecimiento con un accidente del trabajo?		¿Se ha radicado alguna reclamación en el Fondo del Seguro del Estado?		
☐ Sí ☐ No		☐ Sí ☐ No		
Número de Reclamación:				
Firma del Solicitante _____			Fecha _____	



**SISTEMA DE RETIRO
JUNTA DE RETIRO
UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO**

INSTRUCCIONES

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (BENEFICIARIO)

1. Entre en el tipo de solicitud de pago por defunción solo una opción, si es ocupacional o no ocupacional.
2. Entre en los encasillados correspondientes el nombre, inicial, apellido paterno y apellido materno del solicitante.
3. Entre el número de seguro social sin guiones, el formulario se encarga de colocarlos.
4. Entre el Parentesco o Relación con el Fallecido.
5. Entre el teléfono de la residencia y el celular, coloque primero el área code, sin utilizar guiones o paréntesis, el formulario se encarga de colocarlos.
6. Seleccione ¿En qué capacidad hace usted esta reclamación? Si es beneficiario, tutor, administrador u otro.
7. El correo electrónico debe contener el @ y el resto del texto.
8. Entre la dirección postal, donde usted reside o vive. (urbanización, nombre del condominio. Bo.(barrio), núm. calle, apartamento, pueblo y/o ciudad, país, zona postal (zip code))
9. Entre la dirección residencial, donde usted reside o vive. (urbanización, nombre del condominio. Bo.(barrio), núm. calle, apartamento, pueblo y/o ciudad, país, zona postal (zip code))

INFORMACIÓN SOBRE EL PARTICIANTE FALLECIDO

1. Entre en los encasillados correspondientes el nombre, inicial, apellido paterno y apellido materno del fallecido.
2. Entre el número de seguro social sin guiones, el formulario se encarga de colocarlos.
3. Entre la fecha del fallecimiento (mm/dd/yyyy) valores numéricos en el formato día/mes/año. Dos dígitos para el día y mes y 2 dígitos para el año. No use guiones o diagonales, el formulario se encarga de colocarlos.
4. Entre la causa del fallecimiento (de que murió)
5. Entre el puesto, facultad, departamento o recinto que ocupaba el fallecido dentro de la UPR.
6. Seleccione cual era el estatus del participante fallecido dentro de la UPR (activo, inactivo o en licencia)
7. Indique si el fallecido trabajó en otra agencia gubernamental, si la respuesta es SI, indique cual.
8. Indique si el fallecimiento tuvo relación con un accidente del trabajo.

PO BOX 21769, SAN JUAN, PUERTO RICO 00931-1769 – TEL. 787-751-4550 – FAX 787-764-0941

“Somos un patrono con igualdad de oportunidades en el empleo y no discriminamos por razón de raza, color, sexo, edad, origen social o nacional, condición social afiliación política, ideas políticas o religiosas: por ser víctima o ser percibida(o) como víctima de violencia doméstica, agresión sexual o acoso, sin importar estado civil, orientación sexual, identidad de género o estatus migratorio: por impedimento físico mental o ambos, por condición de veterano(a) o por información genética.”

Patrono con Igualdad de Oportunidad en el Empleo M/M/V/I



SISTEMA DE RETIRO
JUNTA DE RETIRO
UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO

9. Indique si se ha radicado alguna reclamación en el Fondo del Seguro del Estado. Si la respuesta es SI, indique el número de reclamación.
10. Firme el formulario preferiblemente con tinta azul.
11. En la fecha cuando firma el formulario, valores numéricos en el formato día/mes/año. Dos dígitos para el día y mes y dos dígitos para el año. No use guiones o diagonales, el formulario se encarga de colocarlos.

PO BOX 21769, SAN JUAN, PUERTO RICO 00931-1769 – TEL. 787-751-4550 – FAX 787-764-0941

“Somos un patrono con igualdad de oportunidades en el empleo y no discriminamos por razón de raza, color, sexo, edad, origen social o nacional, condición social afiliación política, ideas políticas o religiosas: por ser víctima o ser percibida(o) como víctima de violencia doméstica, agresión sexual o acecho, sin importar estado civil, orientación sexual, identidad de género o estatus migratorio: por impedimento físico mental o ambos, por condición de veterano(a) o por información genética.”

Patrono con Igualdad de Oportunidad en el Empleo M/M/V/I



SISTEMA DE RETIRO
JUNTA DE RETIRO
UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO

Muerte No Ocupacional (documentos que debe radicar)

- Esta solicitud deberá radicarla cada una de las personas a quien legalmente corresponde todo o parte del beneficio.
- Certificación de la Oficina de Recursos Humanos del Recinto donde trabajó el participante fallecido. donde indique el último día de pago y sueldo.
- Certificación de la Oficina de Nómina del Recinto donde trabajó el participante fallecido donde indique si hay alguna cancelación de descuentos.
- Si los designados por el fallecido son menores de 21 años de edad deben radicar una Declaratoria de Herederos y certificados de nacimiento.
- En caso de que los bienes del participante fallecido estén sujetos a administración judicial, la solicitud deberá ser radicada por el albacea o administrador debidamente acreditado, incluyendo copia certificada de su nombramiento.
- Deberá acompañar la solicitud con el original del Certificado de Defunción.
- Si el participante no dejó radicada una Designación de Beneficiarios, deberá incluirse con la solicitud copia de la Declaratoria de Herederos del participante fallecido.

Muerte Ocupacional (debe ser compensada por el Fondo del Seguro del Estado)

- La Solicitud deberá radicarse con los siguientes documentos:
 - Certificado de Defunción
 - Decisión del Administrador del Fondo del Seguro del Estado o del Presidente de la Comisión Industrial
 - Certificado de Nacimiento de hijos menores de 18 años de edad
 - Certificado de la Institución educativa donde cursen estudios los hijos entre las edades de 18 a 21 años
 - Certificado Médico de cualquier hijo incapacitado mayor de 18 años de edad
 - Certificado de Matrimonio

PO BOX 21769, SAN JUAN, PUERTO RICO 00931-1769 – TEL. 787-751-4550 – FAX 787-764-0941

“Somos un patrono con igualdad de oportunidades en el empleo y no discriminamos por razón de raza, color, sexo, edad, origen social o nacional, condición social afiliación política, ideas políticas o religiosas: por ser víctima o ser percibida(o) como víctima de violencia doméstica, agresión sexual o acecho, sin importar estado civil, orientación sexual, identidad de género o estatus migratorio: por impedimento físico mental o ambos, por condición de veterano(a) o por información genética.”

Patrono con Igualdad de Oportunidad en el Empleo M/M/V/I

Rev. v1. mar. 2023