

ADENDA A LA SOLICITUD PARA DETERMINACIÓN DE BENEFICIOS POR RECLAMACIONES POR FALLECIMIENTO SOLAMENTE

ADDENDUM TO PETITION FOR BENEFIT DETERMINATION FOR DEATH CLAIMS ONLY

Nombre del Empleado: _____
Employee Name:

Fecha de Fallecimiento: _____
Date of Death:

Por favor adjunte una copia del certificado de nacimiento de cada uno de sus dependientes y del certificado de matrimonio del cónyuge, de estar disponibles. Si no tiene dependientes, adjunte una copia de las Cartas Testamentarias o las Cartas de Administración.

Please attach a copy of each dependent's birth certificate and the spouse's marriage certificate, if available. If no dependents, attach a certified copy of Letters Testamentary or Letters of Administration.

Por favor incluya el certificado de defunción del empleado fallecido, registros de salario, y registros y facturas médicas que muestren el tratamiento recibido por el incidente de trabajo y la muerte resultante.

Please include the deceased employee's death certificate, wage records, and medical records and bills showing the treatment received for the work incident and resulting death.

Nombre de el o la cónyuge sobreviviente _____ No corresponde
Surviving Spouse Name Not Applicable

Nr. de Seguridad Social _____ Fecha de Nacimiento _____ Fecha de matrimonio _____
SSN Date of Birth Date of Marriage

Dirección Postal _____
Mailing Address

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Condado _____
City State ZIP County

Teléfono _____ Correo Electrónico _____
Phone Email

Nombre de Otro Dependiente (#1) _____ No Corresponde
Other Dependent Name (#1) Not Applicable

la Dependencia es: Total Parcial el Dependiente es: Menor Incapaz de hecho
Dependency is: Whole Partial Dependent is: Minor Incompetent

Fecha de Nacimiento _____ Relación con el Empleado Fallecido _____
Date of Birth Relation to Deceased Employee

Si el Dependiente es un menor, Nombre de la Persona que Trae el Reclamo del Menor Dependiente _____
If Dependent is a Minor, Name of Person Bringing Minor Dependent's Claim

Dirección Postal _____
Mailing Address

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Condado _____
City State ZIP County

Teléfono _____ Correo Electrónico _____
Phone Email

Nombre de Otro Dependiente (#2) _____ No Corresponde
Other Dependent Name (#2) Not Applicable

la Dependencia es: Total Parcial el Dependiente es: Menor Incapaz de hecho
Dependency is: Whole Partial Dependent is: Minor Incompetent

Fecha de Nacimiento _____ Relación con el Empleado Fallecido _____
Date of Birth Relation to Deceased Employee

Si el Dependiente es un menor, Nombre de la Persona que Trae el Reclamo del Menor Dependiente _____
If Dependent is a Minor, Name of Person Bringing Minor Dependent's Claim

Dirección Postal _____
Mailing Address

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Condado _____
City State ZIP County

Teléfono _____ Correo Electrónico _____
Phone Email

Por favor, adjunte páginas adicionales para dependientes adicionales, si fuera necesario.

Please attach additional pages for additional dependents, if necessary.

Si no hay Dependiente(s), Nombre del Albacea del Patrimonio del Empleado _____ **No corresponde**

If no Dependent(s), Name of Executor of Employee's Estate

Not Applicable

Dirección Postal _____

Mailing Address

Ciudad _____ **Estado** _____ **Código Postal** _____ **Condado** _____

City

State

ZIP

County

Teléfono _____ **Correo Electrónico** _____

Phone

Email

Abogado de el o los Dependientes _____ **Nr. de BPR** _____

Dependent(s) Attorney

BPR #

Dirección _____ **Ciudad** _____ **Estado** _____ **Cód. Postal** _____

Address

City

State

ZIP

Teléfono _____ **Fax** _____ **Correo Electrónico** _____

Phone

Fax

Email

Persona de Contacto en la Oficina _____ **Correo Electrónico** _____

Office Contact Person

Email