

**FORMULARIO DE RECLAMO  
PLAN DE PRESTACIONES**CORRELATIVO  
PP-02-2021**1. INFORMACIÓN PERSONAL DEL COLEGIADO**

NO. DE COLEGIADO	DPI:	NIT:	FECHA DE NACIMIENTO
NOMBRES Y APELLIDOS DE COLEGIADO			EDAD
ÚLTIMA DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	ZONA	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO
FECHA DE DEFUNCIÓN	LUGAR DE DEFUNCIÓN	CAUSA ESPECIFICA DE LA MUERTE	

**2. DATOS DEL BENEFICIARIO**MAYOR DE EDAD MENOR DE EDAD 

NOMBRE COMPLETO			
CUI DE BENEFICIARIO	NO. DE PASAPORTE	FECHA DE NACIMIENTO	DEPARTAMENTO
MUNICIPIO	LUGAR DE NACIMIENTO		EDAD
NIT DE BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL	NOMBRES COMPLETO DE REPRESENTANTE LEGAL		ESTADO CIVIL DEL BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL
DIRECCIÓN DONDE RECIDE		DEPARTAMENTO	MUNICIPIO
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DEL BENEFICIARIO O REPRESENTANTE			
NOMBRE Y APELLIDO DE LA MADRE			
NOMBRE Y APELLIDO DEL PADRE			

**3. EXCLUSIVO PARA EL COLEGIO DE CONTADORES PÚBLICOS Y AUDITORES DE GUATEMALA**

ÚLTIMA CUOTA PAGADA	FECHA DE ÚLTIMO PAGO	SERIE DE RECIBO ULTIMO PAGO
ACTIVO / INACTIVO	PORCENTAJE	MONTO A RECLAMAR

9ª avenida 19-61, zona 10, Centro de Negocios ZENIT, 6º Nivel Oficina 601  
PBX: 2279-0961 \* E mail: atencionalcolegiado@cpa.org.gt \* Site: www.cpa.org.gt



**4. REQUISITOS QUE DEBERÁ ADJUNTAR**

1. Certificado de nacimiento de Colegiado fallecido.
2. Fotocopia del Documento Personal de Identificación del beneficiario.
3. Certificado de defunción de Colegiado fallecido.
4. Fotocopia del Documento Personal de Identificación del beneficiario.
5. Certificado de Nacimiento del beneficiario y en caso sea menor de edad, Fotocopia del Documento Personal de Identificación del Representante del menor.
6. Certificado de matrimonio en caso que el beneficiario sea cónyuge.

Hago constar que los datos y respuestas de esta solicitud y de las declaraciones para apreciación de riesgos que forman parte de la misma, son verdaderos y completos.

F. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Lugar y fecha de actualización

F. \_\_\_\_\_