



Tipo de solicitud

Inscripción

Actualización

1. INFORMACIÓN PERSONAL DE COLEGIADO

NOMBRES Y APELLIDOS				NO. DE COLEGIADO	
DPI				NO. DE PASAPORTE (SI ES EXTRANJERO)	
FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	PAÍS DE NACIMIENTO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	
DIRECCIÓN ACTUAL			DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	
TELÉFONO DE CASA	CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO			
NOMBRE DEL CONTACTO DE EMERGENCIA			TELÉFONO	PARENTESCO	

2. INFORMACIÓN FAMILIAR

PARENTESCO	NOMBRES Y APELLIDOS	VIVO / FALLECIDO	EDAD	TELÉFONO
MADRE		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
PADRE		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
CÓNYUGE		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
HIJO(A)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
HIJO(A)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
HIJO(A)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
HIJO(A)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
HIJO(A)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

3. INFORMACIÓN DE BENEFICIARIOS TITULARES

Designo como mis beneficiarios para el reclamo (monto Q.100,000.00) del derecho adquirido de conformidad con el artículo 06 del Reglamento del Plan de Prestaciones del Colegio de Contadores Públicos y Auditores de Guatemala, a las siguientes personas:

NOMBRES Y APELLIDOS	DPI / CUI	PARENTESCO	%	TELÉFONO

En caso de falta de uno o más de los beneficiarios titulares, el pago del Derecho Adquirido deberá distribuirse entre los beneficiarios restantes proporcionalmente en los porcentajes asignados.

4. INFORMACIÓN DE BENEFICIARIOS SUPLENTE

En caso de falta o impedimento legal de **todos los beneficiarios titulares** designados, el derecho adquirido podrá ser cobrado por las siguientes personas:

NOMBRES Y APELLIDOS	DPI / CUI	PARENTESCO	%	TELÉFONO

Lugar y fechaF. _____
Firma de solicitante

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.

Todos los datos a continuación deben ser escritos con letras.

En la ciudad de _____ el día _____ de _____ del año _____, como Notario Doy Fe: Que la firma que antecede es AUTÉNTICA, por haber sido puesta el día de hoy en mi presencia por (nombre del solicitante) _____ quien se identifica con el Documento Personal de Identificación, Código Único de Identificación número (agregar DPI en letras) _____ extendido por Registro Nacional de las Personas, quien firma al pie del documento Solicitud Individual Plan de Prestaciones y vuelve a firmar junto con el Notario que autoriza la presente acta de legalización de firma a la que se adhieren los timbres de ley.

F. _____
Firma de solicitante

ANTE MI.

NOTA: La presente solicitud debe estar firmada, sellada y timbrada por un notario. Adjuntar DPI del solicitante y de los beneficiarios (en caso de ser menores de edad agregar certificado de nacimiento emitido por RENAP).