

**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 BENEFICIARIOMAYOR 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



FORMULARIO DE RECLAMO
PLAN DE PRESTACIONES

CORRELATIVO
PP-02-2021

4. REQUISITOS QUE DEBERÁ ADJUNTAR

1. Certificado de nacimiento de Colegiado fallecido.
2. Fotocopia del Documento Personal de Identificación del fallecido.
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. _____