



FORMULARIO SOLICITUD DE ANTICIPO
ENFERMEDAD TERMINAL
INCAPACIDAD TOTAL

CORRELATIVO PP-
03-2021

1. TIPO DE SOLICITUD: Enfermedad Terminal Incapacitada Total

2. INFORMACIÓN PERSONAL DEL COLEGIADO

NO. DE COLEGIADO DPI: NIT: FECHA DE NACIMIENTO

NOMBRES Y APELLIDOS DE COLEGIADO EDAD

DIRECCION DE RESIDENCIA

ZONA PAIS DEPARTAMENTO MUNICIPIO

FECHA DE INICIO DE PADECIMIENTO DIAGNOSTICO MEDICO

MOTIVO POR EL CUAL FUE ADQUIRIDA LA ENFERMEDAD O PADECIMIENTO:

MEDICO TRATANTE 1 Y NO. DE COLEGIADO MEDICO TRATANTE 2 Y NO. COLEGIADO

3. INFORMACION REPRESENTANTE (Si por estar imposibilitado quien presenta la solicitud no es el Colegiados)

NOMBRE COMPLETO

DPI NO. DE PASAPORTE FECHA DE NACIMIENTO LUGAR DE NACIMIENTO

DIRECCION COMPLETA:

TELEFONO 1 TELEFONO 2

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRONICO

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



FORMULARIO SOLICITUD DE ANTICIPO
ENFERMEDAD TERMINAL
INCAPACIDAD TOTAL

CORRELATIVO PP-
03-2021

4. REQUISITOS QUE DEBERÁ ADJUNTAR

1. Certificación de nacimiento de Colegiado
2. Fotocopia del Documento Personal de Identificación del **Colegiado**.
3. Acreditar la incapacidad total sobrevenida por medio de certificación de dos médicos, en la cual deberá indicar el tipo de incapacidad y el motivo por la cual fue adquirida.
4. Tener cancelada hasta la cuota del mes en que se presenta la solicitud.
5. Presentar declaración jurada, en la cual haga constar que continuará pagando sus cuotas de colegiado activo, así como las cuotas ordinarias y extraordinarias del presente plan de prestaciones hasta el momento de su fallecimiento

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. _____