

# 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