# 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:** _____ **Fecha de Fallecimiento:**_____
Employee Name: 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