



MODELO EXTRACTO DE ACTA DE DEFUNCION N°

| Datos del Fallecido | | | |
|---|--|---------------------|----------------------------------|
| Primer Apellido: | | Segundo Apellido: | |
| Primer Nombre: | | Segundo Nombre: | |
| Cédula de Identidad: | | Pasaporte: | |
| Fecha de Nacimiento: | | Edad: | |
| Lugar de Nacimiento: | País: _____ Estado: _____ Municipio: _____ | | |
| Estado Civil: | | Sexo: | Masculino: _____ Femenino: _____ |
| Profesión u Oficio: | | Nivel de Académico: | |
| Último domicilio en Venezuela Domicilio exacto: señales: av., calle, barrio, o sector, N° casa o edificio, parroquia, municipio y estado | | | |
| | País: _____ Provincia o Estado: _____ Municipio: _____ Reparto o Parroquia: _____ | | |
| Indique si el fallecido ha dejado bienes de fortuna: SI: _____ No: _____ Se desconoce la Información: _____ | | | |

| Viudo o Viuda | | | | |
|----------------------|--|---------------------|--|-----------------------------|
| Nombres: | | | | |
| Apellidos: | | | | |
| Cédula de Identidad: | | Edad: | | ¿Vive?: Si: _____ No: _____ |
| Nacionalidad: | | Profesión u Oficio: | | |
| Domicilio | | | | |
| | País: _____ Provincia o Estado: _____ Municipio: _____ Reparto o Parroquia: _____ | | | |

| Ascendientes | | | | | |
|---------------------|--------------|------|----------------|-----------|--------------|
| Nombres y Apellidos | N° Identidad | Edad | Vive ¿si o no? | Profesión | Nacionalidad |
| | | | | | |
| | | | | | |



| Descendientes | | | | |
|----------------------|--------------|------|--------------------|--------------|
| Nombres y Apellidos | N° Identidad | Edad | Vive ¿si o no?? | Nacionalidad |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| Convenio de Salud | | |
|--|--------------|----------------------|
| Nombres y apellidos del funcionario que realiza la gestión ante el Consulado | N° Identidad | Teléfono de contacto |
| | | |
| Correo: | | |
| Nombres y apellidos del funcionario del Convenio responsable en Venezuela | N° Identidad | Teléfono de contacto |
| | | |
| Correo: | | |

Solo para ser Llenado por la Autoridad Consular:

| | | | |
|---------------------------------|--|-----------------------|--|
| Planilla de Derecho Consular: | | Fecha de la Planilla: | |
| Número de la (s) Actuación (es) | | Fucionario Firmante: | |

Otros:

- Perteneía a un Pueblo Indígena: Si _____ No _____
- ¿En caso de ser Si, Indique a que Pueblo pertenecía? _____
- ¿Era una persona afrodescendiente? Si _____ No _____
- ¿Era una persona con discapacidad? Si _____ No _____
- Indique el tempo de residencia en el país donde falleció _____
- Condición migratoria que tenía el fallecido _____



- Situación laboral en el momento del fallecimiento. Marcar con una X la opción correspondiente:
 - Trabajo subordinado con acceso a seguridad social
 - Trabajo subordinado sin acceso a seguridad social
 - Trabajo por cuenta propia en sector formal
 - Trabajo por cuenta propia en sector informal
 - Propietario de empresa en sector formal
 - Desempleo
 - Pensión o jubilación
 - Estudio
 - Dedicado a Oficios del Hogar

- Al momento del fallecimiento vivía con. Marcar con una X la opción correspondiente:
 - Familiares
 - Amistades
 - Sola o sola

- Al momento del fallecimiento tenía bajo su responsabilidad. Marcar con una X la opción que corresponde:
 - Hijos o hijas menores de 18 años de edad
 - Personas con discapacidad
 - Adultos o adultas mayores

- ¿El fallecido fue repatriado? Si _____ No _____

- Forma de traslado. Marcar con una X la opción que corresponde:
 - Cuerpo Completo
 - Cenizas
 - No aplica