



INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS

SEÑOR PRESIDENTE DE LA JUNTA DE CALIFICACIÓN DE PRESTACIONES

Yo, _____, portador de la CC. N° _____, en mi calidad de _____ del causante: _____

GRADO FUERZA APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS.

A usted Señor Presidente, muy respetuosamente comparezco y solicito que de conformidad con las pertinentes disposiciones de la Ley de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, se me conceda las siguientes prestaciones:

- | | | | | |
|--------------------------|--|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | CESANTÍA MILITAR, | SALDO DE CRÉDITO DE CESANTÍA: | <input type="checkbox"/> | DESCONTAR DE LA PENSIÓN |
| <input type="checkbox"/> | PENSION RETIRO MILITAR | | <input type="checkbox"/> | DESCONTAR DE LA CESANTÍA |
| <input type="checkbox"/> | PENSION DE INVALIDEZ | | | |
| <input type="checkbox"/> | PENSION DE INCAPACITACION | | | |
| <input type="checkbox"/> | INDEMNIZACIÓN GLOBAL | | | |
| <input type="checkbox"/> | FONDOS DE RESERVA | | | |
| <input type="checkbox"/> | SEGURO DE VIDA | | | |
| <input type="checkbox"/> | SEGURO DE ACCIDENTES PROFESIONALES O SEGURO DE INVALIDEZ | | | |
| <input type="checkbox"/> | MONTEPÍO MILITAR | | | |
| <input type="checkbox"/> | MORTUORIA Y/O GASTOS FUNERALES, | | | |
| <input type="checkbox"/> | COPARTICIPACION | | | |
| <input type="checkbox"/> | ACRECIMIENTO | | | |
| <input type="checkbox"/> | REHABILITACION | | | |
| <input type="checkbox"/> | OTROS _____ | | | |

Me obligo dar a conocer la pérdida del derecho por causas previstas en la Ley de Seguridad Social de las FF. AA. y sus reglamentos; así como autorizo para que se efectúen las deducciones por obligaciones contraídas con el Instituto de los beneficios que genere. Su omisión dará lugar a las responsabilidades pecuniarias, civiles o penales, según el caso.

BANCO O ENTIDAD	NUMERO DE CUENTA	<input type="checkbox"/>	CUENTA CORRIENTE
_____	_____	<input type="checkbox"/>	CUENTA AHORROS

DATOS DOMICILIARIOS:

PROVINCIA: _____ CANTON: _____ PARROQUIA: _____

CALLE PRINCIPAL: _____ No. CASA: _____

CALLE SECUNDARIA: _____ SECTOR: _____

TELÉFONO CASA: _____ TELÉFONO OFICINA: _____ TELÉFONO REF. : _____

TELÉFONO CELULAR: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

La información entregada es verídica y autorizo al ISSFA para que en caso de error, omisión o falsedad suspenda mis beneficios hasta la actualización de mis datos.

Es importante que usted dentro de los 30 días siguientes a la presentación de este documento, se acerque a las oficinas de la Matriz Quito o a la Agencia ISSFA más cercana a su domicilio, a conocer los resultados de su petición.

_____ a, _____ de _____ de 20 _____

FIRMA DEL SOLICITANTE