



# INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS

SEÑOR DIRECTOR GENERAL DEL ISSFA Y/O

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"/> DESCONTAR DE LA CESANTÍA   |
| <input type="checkbox"/> PENSION RETIRO MILITAR                                   |                               | <input type="checkbox"/> ACUMULACION DECIMO TERCERO |
| <input type="checkbox"/> PENSION DE INVALIDEZ                                     |                               | <input type="checkbox"/> ACUMULACION DECIMO CUARTO  |
| <input type="checkbox"/> PENSION DE INCAPACITACION                                |                               |   |
| <input type="checkbox"/> PENSION DE MONTEPÍO MILITAR                              |                               |   |
| <input type="checkbox"/> INDEMNIZACIÓN GLOBAL                                     |                               |   |
| <input type="checkbox"/> FONDOS DE RESERVA  |                               |   |
| <input type="checkbox"/> SEGURO DE ACCIDENTES PROFESIONALES O SEGURO DE INVALIDEZ |                               |   |
| <input type="checkbox"/> SEGURO DE VIDA   |                               |   |
| <input type="checkbox"/> MORTUORIA Y/O GASTOS FUNERALES                           |                               |   |
| <input type="checkbox"/> COPARTICIPACION  |                               |   |
| <input type="checkbox"/> ACRECIMIENTO   |                               |   |
| <input type="checkbox"/> REHABILITACION DE PENSIÓN                                |                               |   |
| <input type="checkbox"/> LIQUIDACION DE HERENCIA                                  |                               |   |
| <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 PARA NOTIFICACIONES: \_\_\_\_\_

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