



# 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:

- CESANTÍA MILITAR
- PENSIÓN RETIRO MILITAR
- PENSIÓN DE INVALIDEZ
- PENSIÓN DE INCAPACITACIÓN
- PENSIÓN DE MONTEPÍO MILITAR
- INDEMNIZACIÓN GLOBAL
- FONDOS DE RESERVA
- SEGURO DE ACCIDENTES PROFESIONALES O SEGURO DE INVALIDEZ
- SEGURO DE VIDA
- MORTUORIA Y/O GASTOS FUNERALES
- COPARTICIPACIÓN
- ACRECIMIENTO
- REHABILITACION DE PENSIÓN
- LIQUIDACION DE HERENCIA
- OTROS: \_\_\_\_\_
- ACUMULACIÓN DÉCIMO TERCERO
- ACUMULACIÓN DÉCIMO CUARTO

**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 \_\_\_\_\_ NÚMERO DE CUENTA \_\_\_\_\_  CUENTA CORRIENTE  
 CUENTA AHORROS

### DATOS DOMICILIARIOS:

PROVINCIA: \_\_\_\_\_ CANTÓN: \_\_\_\_\_ 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