

**F.C.P.C. DE LOS EMPLEADOS CIVILES
DE LAS FUERZAS ARMADAS**

**SOLICITUD DE DESAFILIACIÓN VOLUNTARIA Y DEVOLUCIÓN DE
APORTES POR CESANTÍA**

Sr. Partícipe antes de llenar la solicitud lea la información en el reverso de ésta hoja

Apellidos y Nombres		No. de Cédula	
Género		Fecha de nacimiento	
M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	Día: Mes: Año:	Estado Civil
		Soltero <input type="checkbox"/>	Casado <input type="checkbox"/>
		Viudo <input type="checkbox"/>	Divorciado <input type="checkbox"/>
		Otro: -----	
Dirección exacta del domicilio del afiliado			
Provincia		Cantón	Parroquia
Barrio y/o sector		Ciudadela y/o conjunto / Etapa / Manzana	
Calle		Número	Intersección
Vivienda: Propia <input type="checkbox"/>		Su vivienda está hipotecada: SI <input type="checkbox"/>	
Arrendada <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>	
Anticresis <input type="checkbox"/>			
Vive con Familiares <input type="checkbox"/>			
Otra: -----			
Referencia de la dirección del domicilio:			
Números telefónicos:			
Casa:		Celular:	
Dirección electrónica:		Nivel educativo:	
		Primario <input type="checkbox"/>	
		Secundario <input type="checkbox"/>	
		Técnico <input type="checkbox"/>	
		Universitario <input type="checkbox"/>	
		Postgrado <input type="checkbox"/>	
Referencia Familiar que no viva con Ud.		Parentesco	Dos números telefónicos
Referencia Personal		Relación	Dos números telefónicos
Ultimo Cargo			Fecha de Salida:

DATOS DE LA SOLICITUD

Presentada por:		Fecha:
Sres. F.C.P.C. de los Empleados Civiles de las Fuerzas Armadas por la presente solicito que el valor que me corresponde a mi requerimiento sea depositado en:		
MI CUENTA DEL BANCO	CUENTA DE AHORROS NÚMERO	CUENTA CORRIENTE NÚMERO
Declaro que la información consignada es verdadera y los documentos anexos a ésta solicitud son auténticos		
Firma del Partícipe Desafiliado y/o Cesante:		Número C.C.
-----		-----

F.C.P.C. DE LOS EMPLEADOS CIVILES DE LAS FUERZAS ARMADAS

CUALQUIER INQUIETUD COMUNÍQUESE CON NOSOTROS: 023- 828870 Ext. 3006

INFORMACIÓN SOBRE LAS PRESTACIONES

REQUISITOS

1. Solicitud llena y firmada
2. Certificado actualizado de Tiempo de Servicio suscrito por el Director o Jefe de Personal de su institución.
3. Original o copia certificada del último Confidencial en el que conste la última aportación al fondo.
4. Copia a color de la cédula de identidad
5. Copia a color de Papeleta de votación (vigente)
6. Planilla de servicio básico
7. Copia de la cartola o impresión del estado de cuenta de banca electrónica del partícipe
8. Aviso de Salida del IESS*
9. Mecanizado impreso de aportaciones realizadas al IESS*

*Documentos necesarios en caso de pago de aportes por cesantía.

DATOS IMPORTANTES

SR. AFILIADO

- Presente los requisitos una vez que se encuentre legalizada su salida o baja de la Entidad Patronal.
- Presente personalmente su solicitud en el Fondo, si se encuentra fuera de la provincia de Pichincha envíela directamente a nuestra dirección: Leónidas Plaza E9-79 y Baquerizo Moreno, Sector del Hospital Baca Ortiz - Quito, con Atención a Prestaciones.
- En los casos en los cuales el Partícipe cesante no pueda cobrar personalmente su prestación, puede designar un Apoderado mediante un poder especial otorgado ante un Notario Público.
- El valor de la prestación se depositará únicamente en la cuenta del Afiliado cesante o su Apoderado, para lo cual la cuenta debe estar activa.