

**FONDO COMPLEMENTARIO PREVISIONAL CERRADO DE CESANTÍA
DE SERVIDORES Y TRABAJADORES PÚBLICOS DE FUERZAS
ARMADAS-CAPREMCI**

**SOLICITUD DE DEVOLUCION DE APORTES POR CESANTÍA
POR FALLECIMIENTO DEL PARTÍCIPE**

Antes de llenar los datos lea la información en el reverso de este formulario

DATOS DEL PARTÍCIPE

Apellidos y nombres:		No. de Cédula:	
Género:	Fecha de nacimiento:	Fecha de fallecimiento:	
M ☐ F ☐	Día: Mes: Año:	Día: Mes: Año:	
Estado Civil: ☐ Soltero: ☐ Viudo: ☐ Divorciado: ☐ Otro: _____			
Ultimo Patrono:		Último Cargo:	
Domicilio Ultimo patrono:		Provincia:	Cantón:
Parroquia:		Barrio y/o sector:	
Ciudadela y/o conjunto/Etapa/Manzana:		Calles/ No. Intersección:	

DATOS DE LA SOLICITUD Y SOLICITANTE

Presentada por:		Fecha:	
		Día: Mes: Año:	
Parentesco: Cónyuge: ☐ Hijo: ☐ Hermano: ☐ Padre/Madre: ☐ Sobrino: ☐ Otro: _____			
Domicilio: Provincia:		Cantón:	
Parroquia:		Barrio/sector:	
Calle Principal:		No.	
Calle Secundaria:			
Número de Teléfono:		Correo electrónico:	
Señores: Fondo Complementario Previsional Cerrado De Cesantía De Servidores Y Trabajadores Públicos De Fuerzas Armadas-CAPREMCI, por la presente solicito que el valor que me (nos) corresponda como beneficiarios sea entregados mediante:			
Cheque:		Depósito en cuenta: Ahorros: () Corriente: ()	
Declaro que la información consignada es verdadera y los documentos anexos a ésta solicitud son auténticos			
Firma del Solicitante:		No. de Cédula de Ciudadanía:	