

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

SOLICITUD POR DEVOLUCIÓN DE APORTES POR CESANTÍA

Apellidos y Nombres				No. de Cédula	
Género		Fecha de nacimiento		Estado Civil	
M	F	Día:	Mes:	Año:	Soltero Casado Viudo Divorciado 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 ☐ Arrendada ☐ Anticresis ☐ Vive con Familiares ☐ Otra: _____				Su vivienda está hipotecada: SI ☐ NO ☐	
Referencia de la dirección del domicilio:					
Números telefónicos:					
Casa:			Celular:		
Dirección electrónica:		Nivel educativo: Primario ☐ Secundario ☐ Técnico ☐ Universitario ☐ Postgrado ☐			
Referencia Familiar que no viva con Ud.		Parentesco		Números telefónico	
Referencia Personal		Relación		Números telefónico	
Ultimo Cargo				Fecha de Salida:	

DATOS DE LA SOLICITUD

Presentada por:		Fecha:	
Sres. F.C.P.C. CAPREMCI por la presente solicito que el valor que me corresponde a mi requerimiento sea depositado en:			
MI CUENTA DEL BANCO	CUENTA DE AHORROS NUMERO	CUENTA CORRIENTE NUMERO	
Declaro que la información consignada es verdadera y los documentos anexos a ésta solicitud son auténticos Firma del Partícipe Cesante: _____			
		Número C.C. _____	