

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

SOLICITUD DE DESAFILIACIÓN VOLUNTARIA Y DEVOLUCIÓN DE APORTES POR CESANTÍA

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

Apellidos y Nombres				No. de Cédula	
Género		Fecha de nacimiento		Estado Civil	
MF	Día: Mes: Año:	Soltero	Casado	Viudo	Divorciado Otro:
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> -----
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"/> Arrendada <input type="checkbox"/> Anticresis <input type="checkbox"/> Vive con Familiares <input type="checkbox"/> Otra: <input type="checkbox"/> -----				Su vivienda está hipotecada: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
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	
Declaro que la información consignada es verdadera y los documentos anexos a ésta solicitud son auténticos			
Firma del Participe Desafiliado y/o Cesante:		Número C.C.	
-----		-----	

