



SOLICITUD AL FONDO DE SEGURO DE CESACIÓN DEL PERSONAL CIVIL

SEÑOR TTE. CRL. EP JEFE DEL DEPARTAMENTO DE FONDO DE SEGURO DE CESACIÓN DEL EJÉRCITO:

| GRADO | CARGO | APELLIDOS Y NOMBRES: | | N° DNI | N° CIP |
|-------------------------------|--------------|----------------------|-----------------|--------------------|--------------|
| | | | | | |
| NOMBRE DE CALLE/JIRON/AVENIDA | | | | N° | URB/DISTRITO |
| | | | | | |
| PROVINCIA | DEPARTAMENTO | TELÉFONO PERSONAL | TEL. REFERENCIA | CORREO ELECTRÓNICO | |
| | | | | | |

ANTE UD. CON EL DEBIDO RESPETO ME PRESENTO Y DIGO: QUE DESEANDO OBTENER EL BENEFICIO DEL FONDO DE SEGURO DE CESACIÓN DEL PERSONAL CIVIL POR LA CAUSAL SIGUIENTE:

(Marcar con X la causal correspondiente)

| | | | |
|--------------------------|--|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | LÍMITE DE EDAD | <input type="checkbox"/> | POR INVALIDEZ O INCAPACIDAD |
| <input type="checkbox"/> | POR CUMPLIR 30 AÑOS DE APOORTE - VARONES | <input type="checkbox"/> | POR FALLECIMIENTO |
| <input type="checkbox"/> | POR CUMPLIR 25 AÑOS DE APOORTE – MUJERES | <input type="checkbox"/> | POR CUMPLIR 20 AÑOS DE APORTES – VARONES |
| <input type="checkbox"/> | A MI SOLICITUD CON AÑOS DE APORTES | <input type="checkbox"/> | POR CUMPLIR 17 AÑOS DE APORTES – MUJERES |
| <input type="checkbox"/> | OTROS: | | |

SOLICITO LA GESTIÓN SIGUIENTE:

(Marcar con X en el recuadro correspondiente)

| | | | |
|--------------------------|---------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | PAGO TOTAL | <input type="checkbox"/> | LECTURA – APERTURA DE CARTA DECLARATORIA |
| <input type="checkbox"/> | ADELANTO HASTA 30% | <input type="checkbox"/> | DEVOLUCION DE APORTES |
| <input type="checkbox"/> | ACTUALIZACIÓN O REINTEGRO | | |
| <input type="checkbox"/> | OTRA GESTION: | | |

POR LO EXPUESTO:

SOLICITO A UD. SEÑOR TTE. CORONEL EP JEFE DEL DEPARTAMENTO DE FONDO DE SEGURO DE CESACIÓN DEL EJÉRCITO ACCEDER A MI PEDIDO.

PIEZAS ADJUNTAS:

SE ADJUNTAN DE ACUERDO A LOS REQUISITOS PARA EL PRESENTE TRÁMITE:

- Resolución de Cese.
- Tarjeta de personal.
- Voucher Original (Consignar N° Cta y N° CCI Nombres y Apellidos)
- Copia CIP y DNI del Titular.
- Otros

| | | | |
|-------------------------------|-----|-----|-----|
| FECHA | DÍA | MES | AÑO |
| | | | |
| FIRMA DEL SOLICITANTE | | | |
| POST FIRMA DEL SOLITANTE | | | |
| HUELLA DIGITAL INDICE DERECHO | DNI | | |

.....
SELLO DEL SECTORISTA DEL FSCPC

FECHA: HORA:

DOCUMENTOS QUE DEBE ADJUNTAR SEGÚN GESTIÓN SOLICITADA

I. Pago total a su solicitud.

II. Pago total por límite de edad.

III. Pago total por invalidez o incapacidad.

Presentar DNI original y completar el formato de solicitud del Fondo de Seguro de Cesación del Personal Civil, adjuntando los siguientes documentos:

- Copia autenticada de Resolución de Cese.
- Copia autenticada de la Tarjeta de Personal con indicación de fecha y número de documento de pase a cese.
- Voucher original de cuenta bancaria donde figuren los apellidos completos del titular, N° de cuenta y N° de CCI.

IV. Apertura y lectura de carta declaratoria en caso de fallecimiento de titular.

El familiar directo presentar DNI original y completar formato de solicitud del Fondo de Seguro de Cesación de Personal Civil, adjuntando el siguiente documento:

- Copia autenticada de Resolución de Cese.
- Copia autenticada de la Tarjeta de Personal con indicación de fecha y número de documento de pase a cese.

V. Pago total por fallecimiento.

El (los) beneficiario (s) deberá (n) presentar los siguientes documentos:

- Voucher original indicando N° de cuenta vigente y N° de CCI del banco de cada beneficiario(s).

ADELANTO Y ACTUALIZACIÓN (REINTEGRO) DEL BENEFICIO

I. Pago de adelanto

Presentar DNI original y completar el formato de solicitud del Fondo de Seguro de Cesación del Personal Civil, adjuntando los siguientes documentos:

- Copia autenticada de Resolución de nombramiento.
- Carta Declaratoria legalizada ante Notario Público.
- Copia autenticada de la Tarjeta de Personal.
- Copia simple de DNI de los beneficiarios.
- Completar formato de compromiso de pago del aportante obligatorio.
- Voucher original de cuenta bancaria donde figuren los apellidos completos del titular, N° de cuenta y N° de CCI.

II. Actualizaciones

Presentar DNI original y completar formato de solicitud del Fondo de Seguro de Cesación del Personal Civil, adjuntando los siguientes documentos:

- Carta declaratoria legalizada ante Notario Público.
- Copia autenticada de la Tarjeta de Personal con una antigüedad no mayor de 3 meses (para verificar que no haya cesado).
- Copia simple de DNI de los beneficiarios.
- Completar formato de compromiso de pago del aportante obligatorio.
- Voucher original de cuenta bancaria donde figuren los apellidos completos del titular, N° de cuenta y N° de CCI.
- Copia de CIP y DNI del Titular.

Importante: Adicionalmente en todos los casos se solicitará y actualizará el número de teléfono, dirección domiciliaria y correo electrónico.