



SOLICITUD DE PRESTACIONES EN DINERO

Nº:

1. PENSION <input type="checkbox"/> INVALIDEZ <input type="checkbox"/> VEJEZ <input type="checkbox"/> SOBREVIVIENTE <input type="checkbox"/>	2. ASIGNACION <input type="checkbox"/> NUPCIAS <input type="checkbox"/> FUNERARIA <input type="checkbox"/>	3. INDEMNIZACION UNICA <input type="checkbox"/> INVALIDEZ <input type="checkbox"/> VEJEZ <input type="checkbox"/> SOBREVIVIENTE <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>
---	---	---

ESTE FORMULARIO Y SUS ANEXOS ES LA UNICA INFORMACION QUE DEBERA SUMINISTRAR EL INTERESADO

4. DATOS DEL ASEGURADO CAUSANTE APELLIDOS: NOMBRES: 	5. NUMERO DEL ASEGURADO
--	--

DATOS DEL SOLICITANTE			
6. APELLIDOS: 	7. CEDULA DE IDENTIDAD N°: 	8. NACIONALIDAD: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	

9. ESTADO CIVIL: SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/>	10. FECHA DE NACIMIENTO: DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	11. EDAD: <input type="text"/>	12. PARENTESCO CON ASEGURADO: <input type="text"/>	13. ACTUA EN NOMBRE: PROPIO <input type="checkbox"/> DE OTROS <input type="checkbox"/>
---	--	--------------------------------	--	---

14. DOMICILIO Y DIRECCION EXACTA: 	TELEFONO:
---	---

15. DOCUMENTOS QUE ANEXA <input type="checkbox"/> ACTA DE MATRIMONIO <input type="checkbox"/> ACTA DE TESTIGOS <input type="checkbox"/> CEDULA DE IDENTIDAD DEL ASEGURADO (copia) <input type="checkbox"/> CONSTANCIA DE ESTUDIOS DE HIJOS(s) 14 a 18 años <input type="checkbox"/> CONSTANCIA DE TRABAJO (F: 14-100) <input type="checkbox"/> DECLARACION DE ACCIDENTE <input type="checkbox"/> INFORME MEDICO DE INVALIDEZ <input type="checkbox"/> OTRA(s) CEDULA(s) DE IDENTIDAD (copia) <input type="checkbox"/> PARTIDA DE DEFUNCION <input type="checkbox"/> PARTIDA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO <input type="checkbox"/> PARTIDA DE NACIMIENTO DEL CONYUGE o CONCUBINA <input type="checkbox"/> PARTIDA DE NACIMIENTO DE(l) (los) HIJO(s) <input type="checkbox"/> PARTIDA DE NACIMIENTO DE(l) (los) HERMANO(s) <input type="checkbox"/> TARJETA DE SERVICIO <input type="checkbox"/> JUSTIFICATIVO JUDICIAL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
--

16. FIRMA DEL SOLICITANTE: 	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; padding: 2px;">FECHA DE SOLICITUD</td> <td style="width: 10%; padding: 2px;">DIA <input type="text"/></td> <td style="width: 10%; padding: 2px;">MES <input type="text"/></td> <td style="width: 10%; padding: 2px;">AÑO <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="padding: 2px;">LUGAR: </td> </tr> </table>	FECHA DE SOLICITUD	DIA <input type="text"/>	MES <input type="text"/>	AÑO <input type="text"/>	LUGAR: 			
FECHA DE SOLICITUD	DIA <input type="text"/>	MES <input type="text"/>	AÑO <input type="text"/>						
LUGAR: 									

17. SOLO PARA USO DEL IVSS			
OFICINA LOCAL: 	REMITIDO A CARACAS OFICIO N° <input type="text"/>	FECHA DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	
RECIBIDO POR: 	RECIBIDO EN EL IVSS, CARACAS: Por: 		
SELLO FECHADOR	SELLO FECHADOR		

18. OBSERVACIONES:
--

Este Formulario está autorizado por el IVSS y válido únicamente para ser consignado en las oficinas administrativas

EL FORMULARIO Y SU TRAMITACION SON COMPLETAMENTE GRATUITOS

www.ivss.gov.ve