



República Bolivariana de Venezuela
Ministerio del Trabajo
Instituto Venezolano de los Seguros Sociales
Dirección General de Afiliación y Prestaciones en Dinero

INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO
“SOLICITUD DE CONTINUACION FACULTATIVA”

Forma: 14-93

Inserte una equis (X) en la casilla correspondiente, según se trate de una Solicitud de Seguro Integral o a Largo Plazo.

DATOS DEL SOLICITANTE:

1. Escriba los apellidos y nombres, tal cual como aparece registrado en su cédula de identidad.
2. Transcriba su número de asegurado que le fue asignado por el IVSS.
3. Indique con dos (2) dígitos el día, mes y año de su nacimiento; Ejemplo: 11-08-51.
4. Anote en la forma más precisa posible, la dirección de su domicilio.
5. Si tiene teléfono, escriba su número.

DATOS DE LA EMPRESA:

6. Copie el nombre de la última empresa donde trabajó, tal cual como está registrada en el IVSS.
7. Transcriba el número patronal asignado por el IVSS de la última empresa donde trabajó.
8. Anote la dirección exacta de la última empresa donde trabajó.
9. Si tiene teléfono, indique su número.
10. Indique con dos (2) dígitos el día, mes y año de su retiro de la empresa.
11. Estampe su firma autógrafa.
12. Anote el lugar (Oficina Administrativa del IVSS), donde introducirá la solicitud.
13. Señale con dos (2) dígitos el día, mes y año en que presenta la solicitud.