



SOLICITUD DE CONTINUACION FACULTATIVA

SEGURO INTEGRAL (TODAS LAS PRESTACIONES)	13%	<input type="checkbox"/>	SEGURO A LARGO PLAZO (VEJEZ, INVALIDEZ, SOBREVIVIENTE Y NUPCIAS)	6%	<input type="checkbox"/>
----------------------------------------------------	-----	--------------------------	----------------------------------------------------------------------------	----	--------------------------

DATOS DEL SOLICITANTE					
1. APELLIDOS Y NOMBRES	2. N° DE ASEGURADO	3. FECHA DE NACIMIENTO			
		DIA	MES	AÑO	
4. DIRECCION DE HABITACION ACTUAL EXACTA			5. TELEFONO		

DATOS DE LA ULTIMA EMPRESA DONDE TRABAJO											
6. NOMBRE				7. N° PATRONAL							
				<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table>							
8. DIRECCION EXACTA			9. TELEFONO		10. FECHA DE RETIRO						
					DIA	MES	AÑO				

11. FIRMA DEL SOLICITANTE		12. LUGAR DE LA SOLICITUD		13. FECHA DE LA SOLICITUD		
				DIA	MES	AÑO

PARA USO DEL IVSS

DOCUMENTOS QUE DEBE ANEXAR:

- * ORIGINAL Y COPIA DE LA CONSTANCIA DE TRABAJO PARA EL IVSS (F: 14-100) DE LA ULTIMA EMPRESA EN LA CUAL PRESTO SERVICIOS.
- * FOTOCOPIA DE LA ULTIMA TARJETA DE SERVICIO.
- * FOTOCOPIA DEL FORMULARIO PARTICIPACION DE RETIRO DEL TRABAJADOR (F: 14-03).
- * FOTOCOPIA DE LA CEDULA DE IDENTIDAD.

FIRMA Y FECHA DE RECEPCION	SELLO						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;">DIA</td> <td style="width: 20px;">MES</td> <td style="width: 20px;">AÑO</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table>	DIA	MES	AÑO				
DIA	MES	AÑO					

ESPACIO PARA CALCULAR EL PROMEDIO DE LAS ULTIMAS CIENTO (100) COTIZACIONES					

OFICINA ADMINISTRATIVA DEL IVSS DONDE COTIZARA	SALARIO SEMANAL A COTIZAR	FECHA INICIO DEL PAGO			
		DIA	MES	AÑO	

N° ACTA DE INECCION	APROBADO SEGÚN RESOLUCION N°	FECHA			N° PATRONAL											
		DIA	MES	AÑO	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table>											

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