INDEMNIZACIÓN SUSTITUTIVA POR EL CONYUGE SOBREVIVIENTE DEL FALLECIDO

NOMBRE DEL SOLICITANTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CC.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL CAUSANTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CC.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Nro. | Requisitos: |
| 1 | Fotocopia auténtica del Documento de Identidad del solicitante al 150%  |
| 2 | Fotocopia auténtica del Registro Civil de Matrimonio del Solicitante y el Causante |
| 3 | Fotocopia auténtica del Registro civil de Nacimiento del Causante. Si nació antes del 15 de junio de 1938 copia auténtica de la Partida eclesiástica de bautismo. . |
| 4 | Fotocopia auténtica del Documento de Identidad del Causante al 150%  |
| 5 | Fotocopia auténtica del Registro Civil de Defunción del Causante. |
| 6 | Original Certificación de Información Laboral, especificando salario año por año, del Causante |
| 7 | Certificación Bancaria del Solicitante |

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nro. De Cédula: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono Fijo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_