



## **FICHA DE SOLICITUD DE PRESTACIONES SOCIALES**

### **DATOS DEL SOLICITANTE DE LA PRESTACIÓN**

Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

#### **PRESTACIÓN**

- |   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Vejez                              | <input type="checkbox"/> Maternidad    | <input type="checkbox"/> Incapacidad temporal | <input type="checkbox"/> Orfandad                |
| <input type="checkbox"/> Invalidez                          | <input type="checkbox"/> Gasto sepelio | <input type="checkbox"/> Subsidio familiar    | <input type="checkbox"/> Viudedad                |
| <input type="checkbox"/> Reversión                          | <input type="checkbox"/> A parientes   | <input type="checkbox"/> Asistencia sanitaria | <input type="checkbox"/> Certif. de Cotizaciones |
| <input type="checkbox"/> Certificado irrevocable de pensión | <input type="checkbox"/> Otros: _____  |   |  |

### **DATOS DEL CAUSANTE DE LA PRESTACIÓN**

Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

### **OBLIGATORIO PARA LAS PRESTACIONES POR VEJEZ**

#### **EMPRESAS TRABAJADAS CON SUS RESPECTIVOS PERIODOS**

1. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Mediante el presente acudo y tengo el honor de solicitar de V.I. la prestación arriba señalada, de acuerdo a lo estipulado por el marco legal en vigor en esta institución.

Muy atentamente.

Malabo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ 20\_\_\_\_

EL/LA SOLICITANTE