



CODIGO: RDO-10
REVISIÓN: 3
FECHA: 08/08/2025

**INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DE LA POLICIA NACIONAL
DIRECCION DE SERVICIOS SOCIALES
GESTIÓN DE TRABAJO SOCIAL**

Lugar y fecha: a..... de..... de.....

**SOLICITUD DE INDEMNIZACIÓN PROFESIONAL
(CESANTES) / FALLECIDO**

Señor:
DIRECTOR GENERAL DEL ISSPOL
Presente. -

De mi consideración. -

Yo,..... Portador de la
cédula de ciudadanía No., Mucho agradeceré a usted, se
digne disponer a quien corresponda el pago de la INDEMNIZACIÓN
PROFESIONAL del causante..... fallecido (a)
el.....a la que tenía derecho por haber prestado sus servicios en la
Institución Policial. Por el Tiempo de servicio..... Años..... Meses y.....
días

Para notificaciones señalo domicilio:

Provincia:.....Cantón:.....Parroquia.....
Dirección:
Calle Principal:..... Calle Secundaria:.....
No. de casa/Dep.....Teléfono: Celular:.....Fijo:.....
Datos Cuenta Bancaria:
Banco.....Tipo de Cuenta bancaria Ahorros ()
Corriente () No.....
Correo Electrónico:
(Para recibir notificaciones oficiales del ISSPOL)

El afiliado (a) conoce y acepta expresamente que, al declarar su correo electrónico, no impide al Instituto de Seguridad Social de la Policía, cuando las circunstancias así lo requieran, realizar la notificación al usuario por los otros medios establecidos en la ley. La notificación electrónica de medios electrónicos del Instituto de Seguridad Social de la Policía, mencionada en este acuerdo, implica el acto por el cual esta Institución da a conocer al afiliado(a) el contenido de las obligaciones pendientes, así como información relevante mediante un mensaje electrónico. Dicho mensaje se lo entiende como toda información creada, generada, procesada, enviada, recibida, comunicada o archiva por medios electrónicos.

Responsabilidades del Usuario (afiliado/asegurado/montepiado):

El afiliado asume la responsabilidad total del uso, de su correo electrónico, así como de la veracidad de la información proporcionada para el acceso a los servicios de la Seguridad Social de la Policía Nacional, otros deberes formales y el uso de los demás servicios que el ISSPOL ponga a su disposición a través de internet y medios electrónicos. Acepta que el correo electrónico declarado surtirá los mismos efectos que una firma electrónica, con una completa equivalencia funcional, técnica y jurídica.

El afiliado (a) se compromete a verificar periódicamente las notificaciones realizadas por parte del ISSPOL a la dirección de correo electrónico registrada en este formato. Si el titular del correo electrónico no revisa o ingresa una cuenta de correo errónea, no afectará la validez jurídica de las notificaciones ni los efectos que conlleva, debido a que la activación y el registro del correo electrónico, es voluntad



CODIGO: RDO-10
REVISIÓN: 3
FECHA: 08/08/2025

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DE LA POLICIA NACIONAL
DIRECCION DE SERVICIOS SOCIALES
GESTIÓN DE TRABAJO SOCIAL

propia del afiliado(a) para hacer valer sus derechos y cumplir con sus obligaciones. No podrá alegar desconocimiento de las notificaciones realizadas al correo electrónico registrado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

De acuerdo con la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales, al firmar esta solicitud de INDEMNIZACIÓN PROFESIONAL (FALLECIDO), otorgo mi consentimiento informado para que el ISSPOL trate los siguientes datos personales y financieros:

Número de cédula de ciudadanía

Tiempo de servicio en años, meses y días

Dirección de notificaciones (provincia, cantón, parroquia, calle principal, calle secundaria, número de casa/departamento)

Datos de contacto (teléfono, celular, fijo, correo electrónico)

Datos de cuenta bancaria (banco, tipo de cuenta, número de cuenta)

Estos datos serán utilizados únicamente para el trámite de la indemnización profesional (fallecido).

Atentamente,

F.....

Apellidos y Nombres.....

CC.....