

ANEXO 1

FORMULARIO DE SOLICITUD DE PENSIÓN DE JUBILACIÓN

LUGAR Y FECHA DE RECEPCIÓN

N°

I. DATOS DEL ASEGURADO

CUA		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELLIDO CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		
TIPO DOC. IDENT.	N° DOC. IDENTIDAD	COMPL. CI	FECHA DE NACIMIENTO			ESTADO CIVIL	SEXO					
			DÍA	MES	AÑO		M	F				
ENTE GESTOR DE SALUD		MATRÍCULA DE ASEGURADO		DEPARTAMENTO		PROVINCIA						
CIUDAD		ZONA/ VILLA/BARRIO/SECTOR		DIRECCIÓN		N°						
TELÉFONO/CELULAR		CASILLA POSTAL		CORREO ELECTRÓNICO								
COPIA DOC. IDENT.	CÓD. VER.	CERTIFICADO DE NACIMIENTO				CÓD. VER.						
SI	NO	SI	NO	ORIGINAL	COPIA							

II. DATOS LABORALES DEL ASEGURADO

DEPENDIENTE	INDEPENDIENTE	NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL EMPLEADOR				FECHA INI. REL. LAB.			OCUPACIÓN
						DÍA	MES	AÑO	
DEPARTAMENTO		PROVINCIA		CIUDAD		ZONA/VILLA/BARRIO/SECTOR			
DIRECCIÓN		N°	TELÉFONO/CELULAR		CORREO ELECTRÓNICO			CASILLA POSTAL	

III. DATOS DEL SOLICITANTE (LLENAR SÓLO SI ES DIFERENTE DEL ASEGURADO)

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELLIDO CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		
TIPO DOC. IDENT.	N° DOC. IDENTIDAD	COMPL. CI	PARENTESCO			SEXO			TELÉFONO/CELULAR	
			M	F						
DEPARTAMENTO		PROVINCIA		CIUDAD		ZONA/VILLA/BARRIO/SECTOR				
DIRECCIÓN		N°	CORREO ELECTRÓNICO			CASILLA POSTAL				
COPIA DOC. IDENT.	CÓD. VER.	N° DE PODER	N° DE NOTARÍA	NOMBRE DEL NOTARIO		FECHA DE REVISIÓN			VALIDACIÓN	
SI	NO					DÍA	MES	AÑO	APROB.	RCH.

IV. DERECHOHABIENTES

PRIMER GRADO

CÓNYUGE		CONVIVIENTE		N° HIJOS VIVOS		N° HIJOS FALLECIDOS																																	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELLIDO CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE																															
TIPO DOC. IDENT.		N° DOC. IDENTIDAD		COMPL. CI		PARENTESCO		SEXO		FECHA DE NACIMIENTO																													
								M		F																													
										DÍA																													
										MES																													
										AÑO																													
COPIA DOC. IDENT.		CÓD. VER.		CERTIFICADO DE NACIMIENTO				CÓD. VER.		CERTIFICADO DE MATRIMONIO				CÓD. VER.																									
SI		NO		SI		NO		ORIGINAL		COPIA		SI		NO		ORIGINAL		COPIA		CÓD. VER.																			
TESTIMONIO DE CONVIVENCIA				CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN				CÓD. VER.				FECHA DE FALLECIMIENTO																											
SI				NO				SI				NO				ORIGINAL				COPIA				CÓD. VER.				DÍA				MES				AÑO			

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELLIDO CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE																									
TIPO DOC. IDENT.		N° DOC. IDENTIDAD		COMPL. CI		PARENTESCO		SEXO		FECHA DE NACIMIENTO		INVÁLIDO																					
								M		F		DÍA																					
												MES																					
												AÑO																					
COPIA DOC. IDENT.		CÓD. VER.		CERTIFICADO DE NACIMIENTO				CÓD. VER.		CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN				CÓD. VER.		FECHA DE FALLECIMIENTO																	
SI		NO		SI		NO		ORIGINAL		COPIA		SI		NO		ORIGINAL		COPIA		CÓD. VER.		DÍA				MES				AÑO			

SEGUNDO GRADO

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELLIDO CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE							
TIPO DOC. IDENT.		N° DOC. IDENTIDAD		COMPL. CI		PARENTESCO		SEXO		FECHA DE NACIMIENTO					
								M		F					
										DÍA					
										MES					
										AÑO					
COPIA DOC. IDENT.		CÓD. VER.		CERTIFICADO DE NACIMIENTO				CÓD. VER.		EXCLUIR					
SI		NO		SI		NO		ORIGINAL		COPIA		SI		NO	

TERCER GRADO

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELLIDO CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE					
TIPO DOC. IDENT.		N° DOC. IDENTIDAD		COMPL. CI		PARENTESCO		SEXO		FECHA DE NACIMIENTO			
								M		F			
										DÍA			
										MES			
										AÑO			
COPIA DOC. IDENT.		CÓD. VER.		CERTIFICADO DE NACIMIENTO				CÓD. VER.		% ASIGNACIÓN			
SI		NO		SI		NO		ORIGINAL		COPIA			

AVISO LEGAL

1. Si el Asegurado no cumple con los requisitos para acceder a Prestación de Vejez o Solidaria de Vejez la Gestora rechazará el presente trámite.
2. El solicitante que hubiera entregado los documentos de acreditación en fotocopia, será notificado por escrito cuando existan observaciones a los mismos, para que en un plazo de DOCE (12) meses de la fecha de solicitud consignada en el presente formulario, rectifique las mismas y/o presente los documentos en original. De no regularizar las observaciones y/o presentar los documentos requeridos en el plazo señalado, la Gestora anulará el presente trámite, pudiendo el Asegurado presentar una nueva solicitud en cualquier momento.
3. En el evento, que el Poder de inicio de trámite no cumpla las condiciones legales y fuera observado por la Gestora en su proceso de validación, este trámite será anulado.

EL SOLICITANTE DEBE RETORNAR A LA GESTORA A PARTIR DE FECHA

Entre tanto el Solicitante no se presente a la Gestora a partir de la fecha indicada, para notificarse con los resultados de la verificación de los documentos y Estado de Ahorro Previsional, su trámite no podrá ser completado

FIRMA DEL ASEGURADO O SOLICITANTE	FIRMA DE RECEPCIÓN RESPONSABLE DE GESTORA

SOLICITUD DE PENSIÓN POR INVALIDEZ

LUGAR Y FECHA DE RECEPCIÓN

N°

I. DATOS DEL ASEGURADO

CUA	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	APELLIDO CASADA	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOC. IDENT.	N° DOC. IDENTIDAD	COMPL. CI	FECHA DE NACIMIENTO		ESTADO CIVIL
			DÍA	MES	AÑO
ENTE GESTOR DE SALUD	MATRÍCULA DE ASEGURADO	DEPARTAMENTO	PROVINCIA		
CIUDAD	ZONA/ VILLA/BARRIO/SECTOR	DIRECCIÓN			N°
TELÉFONO/CELULAR	CASILLA POSTAL	CORREO ELECTRÓNICO	COPIA DOC. IDENT.	CÓD. VER.	CERTIFICADO DE NACIMIENTO
			SI	NO	SI
					NO
					ORIGINAL
					COPIA
					CÓD. VER.

II. DATOS LABORALES DEL ASEGURADO

DEPENDIENTE	INDEPENDIENTE	NOMBRES Y APELLIDOS / RAZÓN SOCIAL DEL EMPLEADOR			FECHA INICIO REL. LAB.			OCUPACIÓN
					DÍA	MES	AÑO	
DEPARTAMENTO	PROVINCIA	CIUDAD	ZONA/VILLA/BARRIO/SECTOR					
DIRECCIÓN	N°	TELÉFONO/CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO				CASILLA POSTAL	

III. DATOS DEL SOLICITANTE (LLENAR SOLO SI ES DIFERENTE DEL ASEGURADO)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	APELLIDO CASADA	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOC. IDENT.	N° DOC. IDENTIDAD	COMPL. CI	PARENTESCO	SEXO
				M
				F
DEPARTAMENTO	PROVINCIA	CIUDAD	ZONA/VILLA/BARRIO/SECTOR	
DIRECCIÓN	N°	CORREO ELECTRÓNICO	CASILLA POSTAL	
COPIA DOC. IDENT.	CÓD. VER.	N° DE PODER	N° DE NOTARÍA	NOMBRE DEL NOTARIO
SI	NO			
				FECHA DE REVISIÓN
				DÍA
				MES
				AÑO
				VALIDACIÓN
				APROB.
				RCH.

IV. DERECHOHABIENTES

TABLA DE CLAVES	CLAVE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	APELLIDO CASADA	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	N° DOC. IDENT.	FECHA NACIMIENTO
60= ESPOSA								
51= CONVIVIENTE								
02 AL 09 = HIJOS								
52 AL 59 = HIJAS								
10 AL 15 = HERMANOS								

80 AL 85 = HERMANAS								
16 = PADRE								
66 = MADRE								

V. DOCUMENTACIÓN TÉCNICO MÉDICA			
Cantidad	Descripción del Documento	Original	Copia

AVISO LEGAL

1. Si el Asegurado no cumple con los requisitos para acceder a Prestación de Invalidez, la Gestora rechazará el presente trámite.
2. El solicitante que hubiera entregado los documentos de acreditación en fotocopia, será notificado por escrito cuando existan observaciones a los mismos, para que en un plazo de DOCE (12) meses de la fecha de solicitud consignada en el presente formulario, rectifique las mismas y/o presente los documentos en original. De no regularizar las observaciones y/o presentar los documentos requeridos en el plazo señalado, la Gestora anulará el presente trámite, pudiendo el Asegurado presentar una nueva solicitud en cualquier momento.
3. En el evento, que el Poder de inicio de trámite no cumpla las condiciones legales y fuera observado por la Gestora en su proceso de validación, este trámite será anulado.

EL SOLICITANTE DEBE RETORNAR A LA GESTORA A PARTIR DE FECHA

Entre tanto el Solicitante no se presente a la Gestora a partir de la fecha indicada, para notificarse con los resultados de la verificación de los documentos y Estado de Ahorro Previsional, su trámite no podrá ser completado.

FIRMA DEL ASEGURADO O SOLICITANTE	FIRMA DE RECEPCIÓN RESPONSABLE DE GESTORA

SOLICITUD DE PENSIÓN POR MUERTE

LUGAR Y FECHA DE RECEPCIÓN

N°

I. DATOS DEL ASEGURADO

CUA		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELLIDO CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		
TIPO DOC. IDENT.	N° DOC. IDENTIDAD	COMPL. CI	FECHA DE NACIMIENTO			ESTADO CIVIL			SEXO			
			DÍA	MES	AÑO				M		F	
ENTE GESTOR DE SALUD						MATRÍCULA DE ASEGURADO						
COPIA DOC. IDENT.	CÓD. VER.	CERTIFICADO DE NACIMIENTO			CÓD. VER.	CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN			CÓD. VER.	FECHA DE FALLECIMIENTO		
SI	NO	SI	NO	ORIGINAL	COPIA	SI	NO	ORIGINAL	COPIA	DÍA	MES	AÑO

II. DATOS LABORALES DEL ASEGURADO FALLECIDO

DEPENDIENTE	INDEPENDIENTE	NOMBRES Y APELLIDOS / RAZÓN SOCIAL DEL EMPLEADOR				FECHA INICIO REL. LAB.			OCUPACIÓN
						DÍA	MES	AÑO	
DEPARTAMENTO		PROVINCIA			CIUDAD		ZONA/VILLA/BARRIO/SECTOR		
DIRECCIÓN		N°	TELÉFONO/CELULAR		CORREO ELECTRÓNICO			CASILLA POSTAL	

III. DATOS DEL SOLICITANTE

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELLIDO CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
TIPO DOC. IDENT.	N° DOC. IDENTIDAD	COMPL. CI	PARENTESCO			SEXO		TELÉFONO/CELULAR	
						M	F		
DEPARTAMENTO		PROVINCIA		CIUDAD		ZONA/VILLA/BARRIO/SECTOR			
DIRECCIÓN		N°	CORREO ELECTRÓNICO			CASILLA POSTAL			
COPIA DOC. IDENT.	COD. VER.	TEST. TUTORÍA	N° DE PODER	N° DE NOTARÍA	NOMBRE DEL NOTARIO	FECHA DE REVISIÓN			VALIDACIÓN
SI	NO	SI	NO			DÍA	MES	AÑO	APROB. RCH.

IV. DERECHOHABIENTES

PRIMER GRADO

CÓNYUGE		CONVIVIENTE		N° HIJOS VIVOS					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELLIDO CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
TIPO DOC. IDENT.	N° DOC. IDENTIDAD	COMPL. CI	PARENTESCO		SEXO		FECHA DE NACIMIENTO		
					M	F	DÍA	MES	AÑO

COPIA DOC. IDENT.		CÓD. VER.	CERTIFICADO DE NACIMIENTO				CÓD. VER.	CERTIFICADO DE MATRIMONIO				CÓD. VER.
SI	NO		SI	NO	ORIGINAL	COPIA		SI	NO	ORIGINAL	COPIA	
TESTIMONIO DE CONVIVENCIA												
SI			NO									

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELLIDO CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		
TIPO DOC. IDENT.	N° DOC. IDENTIDAD	COMPL. CI	PARENTESCO		SEXO		FECHA DE NACIMIENTO			
				M		F	DÍA	MES	AÑO	
COPIA DOC. IDENT.		CÓD. VER.	CERTIFICADO DE NACIMIENTO		CÓD. VER.	INVÁLIDO				
SI	NO		SI	NO	ORIGINAL	COPIA	SI NO			

SEGUNDO GRADO									
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELLIDO CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
TIPO DOC. IDENT.	N° DOC. IDENTIDAD	COMPL. CI	PARENTESCO		SEXO		FECHA DE NACIMIENTO		
				M		F	DÍA	MES	AÑO
COPIA DOC. IDENT.		CÓD. VER.	CERTIFICADO DE NACIMIENTO		CÓD. VER.	EXCLUIR			
SI	NO		SI	NO	ORIGINAL	COPIA	SI NO		

AVISO LEGAL

- Si el Asegurado no cumple con los requisitos para que sus Derechohabientes accedan a Pensión por Muerte derivada de Vejez, de Solidaria de Vejez y de Riesgos la Gestora rechazará el presente trámite.
- El solicitante que hubiera entregado los documentos de acreditación en fotocopia, será notificado por escrito cuando existan observaciones a los mismos, para que en un plazo de DOCE (12) meses de la fecha de solicitud consignada en el presente formulario, rectifique las mismas y/o presente los documentos en original. De no regularizar las observaciones y/o presentar los documentos requeridos en el plazo señalado, la Gestora anulará el presente trámite, pudiendo el Asegurado presentar una nueva solicitud en cualquier momento.
- En el evento, que el Poder o Test. de Tutoría de inicio de trámite no cumpla las condiciones legales y fuera observado por la Gestora en su proceso de validación, este trámite será anulado.

EL SOLICITANTE DEBE RETORNAR A LA GESTORA A PARTIR DE FECHA

Entre tanto el Solicitante no se presente a la Gestora a partir de la fecha indicada, para notificarse con los resultados de la verificación de los documentos y Estado de Ahorro Previsional, su trámite no podrá ser completado.

FIRMA DEL ASEGURADO O SOLICITANTE		FIRMA DE RECEPCIÓN RESPONSABLE DE GESTORA	
-----------------------------------	--	---	--

SOLICITUD DE GASTOS FUNERARIOS

LUGAR Y FECHA DE RECEPCIÓN

N°

I. DATOS DEL ASEGURADO FALLECIDO

CUA		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELLIDO CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		
TIPO DOC. IDENT.	N° DOC. IDENTIDAD	COMPL. CI	FECHA DE NACIMIENTO			ESTADO CIVIL			SEXO			
			DÍA	MES	AÑO				M		F	
COPIA DOC. IDENT.	CÓD. VER.	CERTIFICADO DE NACIMIENTO		CÓD. VER.	CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN		CÓD. VER.	FECHA DE FALLECIMIENTO				
SI	NO	SI	NO	ORIGINAL	COPIA	SI	NO	ORIGINAL	COPIA	DÍA	MES	AÑO

II. DATOS DEL SOLICITANTE

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELLIDO CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
TIPO DOC. IDENT.	N° DOC. IDENTIDAD	COMPL. CI	PARENTESCO		SEXO		TELÉFONO/CELULAR		
					M		F		
DEPARTAMENTO	PROVINCIA	CIUDAD		ZONA/VILLA/BARRIO/SECTOR					
DIRECCIÓN		N°		CORREO ELECTRÓNICO				CASILLA POSTAL	
COPIA DOC. IDENT.	COD. VER.	TEST. TUTORÍA	N° DE PODER	N° DE NOTARÍA	NOMBRE DEL NOTARIO	FECHA DE REVISIÓN		VALIDACIÓN	
SI	NO	SI	NO			DÍA		MES	AÑO
FACTURA		COD. VER.	RECIBO	COD. VER.					
SI	NO		SI	NO					

III. TESTIGOS (PARA SOLICITUDES PRESENTADA DENTRO DE LOS PRIMEROS 6 MESES Y SOLO EN CASO DE PRESENTAR RECIBO)

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELLIDO CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		FECHA DE NACIMIENTO		
										DÍA	MES	AÑO
TIPO DOC. IDENT.	N° DOC. IDENTIDAD	COMPL. CI	FACTURA		RECIBO		TELÉFONO/CELULAR		SEXO			
			SI	NO	SI	NO			M		F	
CIUDAD		ZONA/VILLA/BARRIO/SECTOR				DIRECCIÓN				N°		
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELLIDO CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		FECHA DE NACIMIENTO		
										DÍA	MES	AÑO
TIPO DOC.	N° DOC. IDENTIDAD	COMPL. CI	FACTURA		RECIBO		TELÉFONO/CELULAR		SEXO			
			SI	NO	SI	NO			M		F	
CIUDAD		ZONA/VILLA/BARRIO/SECTOR				DIRECCIÓN				N°		

AVISO LEGAL

1. El solicitante que hubiera entregado los documentos de acreditación en fotocopia, será notificado por escrito cuando existan observaciones a los mismos, para que en un plazo de DOCE (12) meses de la fecha de solicitud consignada en el presente formulario, rectifique las mismas y/o presente los documentos en original. De no regularizar las observaciones y/o presentar los documentos requeridos en el plazo señalado, la Gestora anulará el presente trámite, pudiendo el Asegurado presentar una nueva solicitud en cualquier momento.
2. En el evento, que el Poder o Test. de Tutoría de inicio de trámite no cumpla las condiciones legales y fuera observado por la Gestora en su proceso de validación, este trámite será anulado.

EL SOLICITANTE DEBE RETORNAR A LA GESTORA A PARTIR DE FECHA

Entre tanto el Solicitante no se presente a la Gestora a partir de la fecha indicada, para notificarse con los resultados de la verificación de los documentos y Estado de Ahorro Previsional, su trámite no podrá ser completado.

FIRMA DEL SOLICITANTE	FIRMA DE RECEPCIÓN RESPONSABLE DE GESTORA

FORMULARIO DE SOLICITUD DE CCM

LUGAR Y FECHA DE RECEPCIÓN

N°

I. DATOS DEL ASEGURADO

CUA/NRF		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELLIDO CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE			
TIPO DOC. IDENT.	N° DOC. IDENTIDAD	COMPL. CI	FECHA DE NACIMIENTO			ESTADO CIVIL			SEXO				
			DÍA	MES	AÑO				M	F			
ENTE GESTOR DE SALUD		MATRÍCULA DE ASEGURADO				DEPARTAMENTO			PROVINCIA				
CIUDAD		ZONA/ VILLA/BARRIO/SECTOR				DIRECCIÓN			N°				
TELÉFONO/CELULAR		CASILLA POSTAL				CORREO ELECTRÓNICO							
COPIA DOC. IDENT.	CÓD. VER.	CERTIFICADO DE NACIMIENTO				CÓD. VER.	CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN				CÓD. VER.	FECHA DE FALLECIMIENTO	
		SI	NO	ORIGINAL	COPIA		SI	NO	ORIGINAL	COPIA		DÍA	MES

II. DATOS LABORALES DEL ASEGURADO

DEPENDIENTE	INDEPENDIENTE	NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL EMPLEADOR				FECHA INICIO REL. LAB.			OCUPACIÓN
		DÍA	MES	AÑO					
DEPARTAMENTO		PROVINCIA		CIUDAD		ZONA/VILLA/BARRIO/SECTOR			
DIRECCIÓN		N°	TELÉFONO/CELULAR		CORREO ELECTRÓNICO				CASILLA POSTAL

III. DATOS DEL SOLICITANTE (LLENAR SÓLO SI ES DIFERENTE DEL ASEGURADO)

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELLIDO CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE			
TIPO DOC. IDENT.	N° DOC. IDENTIDAD	COMPL. CI	PARENTESCO			SEXO			TELÉFONO/CELULAR		
						M	F				
DEPARTAMENTO		PROVINCIA		CIUDAD		ZONA/VILLA/BARRIO/SECTOR					
DIRECCIÓN				N°	CORREO ELECTRÓNICO			CASILLA POSTAL			
COPIA DOC. IDENT.	CÓD. VER.	TEST. TUTORÍA		N° DE PODER	N° DE NOTARÍA	NOMBRE DEL NOTARIO	FECHA DE REVISIÓN			VALIDACIÓN	
		SI	NO				DÍA	MES	AÑO	APROB.	RCH.

IV. DERECHOHABIENTES

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELLIDO CASADA		PRIMER NOMBRE				SEGUNDO NOMBRE				
TIPO DOC. IDENT.		N° DOC. IDENTIDAD		COMPL. CI		PARENTESCO		SEXO				FECHA DE NACIMIENTO		
								M		F		DÍA	MES	AÑO
COPIA DOC. IDENT.		COD. VER	CERTIFICADO DE NACIMIENTO				COD. VER	CERTIFICADO DE MATRIMONIO				COD. VER	TESTIMONIO DE CONVIVENCIA	
SI	NO		SI	NO	ORIGINAL	COPIA		SI	NO	ORIGINAL	COPIA		SI	NO

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELLIDO CASADA		PRIMER NOMBRE				SEGUNDO NOMBRE					
TIPO DOC. IDENT.		N° DOC. IDENTIDAD		COMPL. CI		PARENTESCO		SEXO				FECHA DE NACIMIENTO			
								M		F		DÍA		MES	AÑO
COPIA DOC. IDENT.		CÓD. VER.		CERTIFICADO DE NACIMIENTO						CÓD. VER.		INVÁLIDO			
SI	NO			SI	NO	ORIGINAL	COPIA				SI		NO		

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELLIDO CASADA		PRIMER NOMBRE				SEGUNDO NOMBRE					
TIPO DOC. IDENT.		N° DOC. IDENTIDAD		COMPL. CI		PARENTESCO		SEXO				FECHA DE NACIMIENTO			
								M		F		DÍA		MES	AÑO
COPIA DOC. IDENT.		CÓD. VER.		CERTIFICADO DE NACIMIENTO						CÓD. VER.		INVÁLIDO			
SI	NO			SI	NO	ORIGINAL		COPIA				SI		NO	

AVISO LEGAL

1. Si el Asegurado no cumple con los requisitos para acceder a Pago de CCM, la Gestora rechazará el presente trámite.
2. El solicitante que hubiera entregado los documentos de acreditación en fotocopia, será notificado por escrito cuando existan observaciones a los mismos, para que en un plazo de DOCE (12) meses de la fecha de solicitud consignada en el presente formulario, rectifique las mismas y/o presente los documentos en original. De no regularizar las observaciones y/o presentar los documentos requeridos en el plazo señalado, la Gestora anulará el presente trámite, pudiendo el Solicitante presentar una nueva solicitud en cualquier momento.
3. En el evento, que el Poder o Test. de Tutoría de inicio de trámite no cumpla las condiciones legales y fuera observado por la Gestora en su proceso de validación, este trámite será anulado.

EL SOLICITANTE DEBE RETORNAR A LA GESTORA A PARTIR DE FECHA

--	--

Entre tanto el Solicitante no se presente a la Gestora a partir de la fecha indicada, para notificarse con los resultados de la verificación de los documentos y Estado de Ahorro Previsional, su trámite no podrá ser completado.

FIRMA DEL ASEGURADO O SOLICITANTE	FIRMA DE RECEPCIÓN RESPONSABLE DE GESTORA

SOLICITUD DE RETIROS

LUGAR Y FECHA DE RECEPCIÓN

N°

I. DATOS DEL ASEGURADO

CUA		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELLIDO CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		
TIPO DOC. IDENT.	N° DOC. IDENTIDAD	COMPL. CI	FECHA DE NACIMIENTO			ESTADO CIVIL			SEXO			
			DÍA	MES	AÑO				M	F		
ENTE GESTOR DE SALUD		MATRÍCULA DE ASEGURADO		DEPARTAMENTO				PROVINCIA				
CIUDAD		ZONA/ VILLA/BARRIO/SECTOR		DIRECCIÓN				N°				
TELÉFONO/CELULAR		CASILLA POSTAL		CORREO ELECTRÓNICO								
COPIA DOC. IDENT.	CÓD. VER.	CERTIFICADO DE NACIMIENTO		CÓD. VER.	CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN		CÓD. VER.	FECHA DE FALLECIMIENTO				
SI	NO	SI	NO	ORIGINAL	COPIA	SI	NO	ORIGINAL	COPIA	DÍA	MES	AÑO

II. DATOS LABORALES DEL ASEGURADO

DEPENDIENTE	INDEPENDIENTE	NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL EMPLEADOR				FECHA INICIO REL. LAB.			OCUPACIÓN
						DÍA	MES	AÑO	
DEPARTAMENTO		PROVINCIA		CIUDAD		ZONA/VILLA/BARRIO/SECTOR			
DIRECCIÓN		N°	TELÉFONO/CELULAR		CORREO ELECTRÓNICO			CASILLA POSTAL	

III. DATOS DEL SOLICITANTE (LLENAR SÓLO SI ES DIFERENTE DEL ASEGURADO)

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELLIDO CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
TIPO DOC. IDENT.	N° DOC. IDENTIDAD	COMPL. CI	PARENTESCO			SEXO			TELÉFONO/CELULAR
						M	F		
DEPARTAMENTO		PROVINCIA		CIUDAD		ZONA/VILLA/BARRIO/SECTOR			
DIRECCIÓN		N°		CORREO ELECTRÓNICO			CASILLA POSTAL		
COPIA DOC. IDENT.	CÓD. VER.	TEST. TUTORÍA	N° DE PODER	N° DE NOTARÍA	NOMBRE DEL NOTARIO		FECHA DE REVISIÓN		VALIDACIÓN
SI	NO	SI	NO				DÍA	MES	AÑO
									APROB. RCH.

Página 13 de 30

AVISO LEGAL

1. Si el Asegurado no cumple con los requisitos para acceder a Retiros Mínimos / Retiro Final, la Gestora rechazará el presente trámite.
2. El solicitante que hubiera entregado los documentos de acreditación en fotocopia, será notificado por escrito cuando existan observaciones a los mismos, para que en un plazo de DOCE (12) meses de la fecha de solicitud consignada en el presente formulario, rectifique las mismas y/o presente los documentos en original. De no regularizar las observaciones y/o presentar los documentos requeridos en el plazo señalado, la Gestora anulará el presente trámite, pudiendo el Solicitante presentar una nueva solicitud en cualquier momento.
3. En el evento, que el Poder o Test. de Tutoría de inicio de trámite no cumpla las condiciones legales y fuera observado por la Gestora en su proceso de validación, este trámite será anulado.

EL SOLICITANTE DEBE RETORNAR A LA GESTORA A PARTIR DE FECHA

Entre tanto el Solicitante no se presente a la Gestora a partir de la fecha indicada, para notificarse con los resultados de la verificación de los documentos y Estado de Ahorro Previsional, su trámite no podrá ser completado.

FIRMA DEL ASEGURADO O SOLICITANTE	FIRMA DE RECEPCIÓN RESPONSABLE DE GESTORA

FORMULARIO DE SOLICITUD DE MASA HEREDITARIA

LUGAR Y FECHA DE RECEPCIÓN

N°

TIPO DE MASA HEREDITARIA:

CUENTA PERSONAL PREVISIONAL

☐

PENSIONES NO COBRADAS ASEGURADO FALLECIDO

☐

PENSIONES NO COBRADAS DERECHOHABIENTE FALLECIDO

☐

I. DATOS DEL ASEGURADO FALLECIDO

CUA		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELLIDO CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
TIPO DOC. IDENT.		N° DOC. IDENTIDAD		COMPL. CI		FECHA DE NACIMIENTO DÍA MES AÑO		ESTADO CIVIL		SEXO M F	
COPIA DOC. IDENT. SI NO		CÓD. VER.		CERTIFICADO DE NACIMIENTO SI NO ORIGINAL COPIA		CÓD. VER.		CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN SI NO ORIGINAL COPIA		CÓD. VER. FECHA DE FALLECIMIENTO DÍA MES AÑO	

II. DATOS DEL DERECHOHABIENTE FALLECIDO

CUA		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELLIDO CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
TIPO DOC. IDENT.		N° DOC. IDENTIDAD		COMPL. CI		FECHA DE NACIMIENTO DÍA MES AÑO		ESTADO CIVIL		SEXO M F	
COPIA DOC. IDENT. SI NO		CÓD. VER.		CERTIFICADO DE NACIMIENTO SI NO ORIGINAL COPIA		CÓD. VER.		CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN SI NO ORIGINAL COPIA		CÓD. VER. FECHA DE FALLECIMIENTO DÍA MES AÑO	

II. DATOS DEL SOLICITANTE

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELLIDO CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
TIPO DOC. IDENT.		N° DOC. IDENTIDAD		COMPL. CI		PARENTESCO		SEXO M F	
DEPARTAMENTO		PROVINCIA		CIUDAD		ZONA/VILLA/BARRIO/SECTOR		TELÉFONO/CELULAR	
DIRECCIÓN		N°		CORREO ELECTRÓNICO		CASILLA POSTAL			
COPIA DOC. IDENT. SI NO		CÓD. VER.		TEST. TUTORÍA SI NO		DEC. DE HEREDEROS SI NO		N° DE PODER N° DE NOTARÍA	
								NOMBRE DEL NOTARIO	
								FECHA DE REVISIÓN DÍA MES AÑO	
								VALIDACIÓN APROB. RCH.	

IV. DATOS GENERALES DE LOS HEREDEROS

N° DE PARTIDA DE DECLARATORIA DE HEREDEROS		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELLIDO CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
TIPO DOC. IDENT.		N° DOC. IDENTIDAD		COMPL. CI		PARENTESCO		SEXO M F		TELÉFONO/CELULAR	
DEPARTAMENTO		PROVINCIA		CIUDAD		ZONA/VILLA/BARRIO/SECTOR					

DIRECCIÓN				N°		CORREO ELECTRÓNICO						CASILLA POSTAL					
COPIA DOC. IDENT.		COD. VER		CERTIFICADO DE NACIMIENTO				COD. VER		CERTIFICADO DE MATRIMONIO				COD. VER		TESTIMONIO DE CONVIVENCIA	
SI	NO			SI	NO	ORIGINAL	COPIA			SI	NO	ORIGINAL	COPIA			SI	NO
N° DE PARTIDA DE DECLARATORIA DE HEREDEROS																	
PRIMER APELLIDO				SEGUNDO APELLIDO				APELLIDO CASADA				PRIMER NOMBRE				SEGUNDO NOMBRE	
TIPO DOC. IDENT.		N° DOC. IDENTIDAD				COMPL. CI				PARENTESCO				SEXO		TELÉFONO/CELULAR	
														M	F		
DEPARTAMENTO				PROVINCIA				CIUDAD				ZONA/VILLA/BARRIO/SECTOR					
DIRECCIÓN				N°				CORREO ELECTRÓNICO				CASILLA POSTAL					
COPIA DOC. IDENT.		COD. VER		CERTIFICADO DE NACIMIENTO				COD. VER									
SI	NO			SI	NO	ORIGINAL	COPIA										

AVISO LEGAL

- Si el Solicitante que hubiere entregado los documentos de acreditación en fotocopia, será notificado por escrito cuando existan observaciones a los mismos, para que en un plazo de DOCE (12) meses de la fecha de solicitud consignada en el presente formulario, rectifique las mismas y/o presente los documentos en original. De no regularizar las observaciones y/o presentar los documentos requeridos en el plazo señalado, la Gestora anulará el presente trámite, pudiendo el Solicitante presentar una nueva solicitud en cualquier momento.
- En el evento, que el Poder o Test. de Tutoría de inicio de trámite no cumpla las condiciones legales y fuera observado por la Gestora en su proceso de validación, este trámite será anulado.

EL SOLICITANTE DEBE RETORNAR A LA GESTORA A PARTIR DE FECHA

Entre tanto el Solicitante no se presente a la Gestora a partir de la fecha indicada, para notificarse con los resultados de la verificación de los documentos y Estado de Ahorro Previsional, su trámite no podrá ser completado.

FIRMA DEL HEREDERO 1. (NOMBRE Y APELLIDOS DEL HEREDERO)		FIRMA DEL HEREDERO 2. (NOMBRE Y APELLIDOS DEL HEREDERO)	
FIRMA DEL HEREDERO 3. (NOMBRE Y APELLIDOS DEL HEREDERO)		FIRMA DE RECEPCIÓN RESPONSABLE DE GESTORA	

ANEXO 3
CÓDIGOS DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
E0	Documento sin observación
E1	Se presentó sólo fotocopia del documento de identidad y en el Registro del OEP existe inscrita más de una partida con la información declarada.
E2	La información de la partida inscrita en el Registro de la OEP no coincide plenamente con la información del documento presentado.
E3	La partida inscrita en el Registro del OEP está cancelada.
E4	No existe partida inscrita en el Registro de la OEP que respalde la información del documento presentado o de la declaración realizada.
E5	La información de Vivencia/Fallecimiento declarada en el Formulario de Solicitud no se encuentra respaldada por el Registro del OEP.
E6	Fotocopia del documento no legible.
E7	Otro.

DECLARACIÓN SOBRE DOBLE PERCEPCIÓN

Yo Asegurado(a), _____ con CUA _____ y
_____ (Tipo Doc. Id.) N° _____ que en fecha _____ he presentado solicitud
de jubilación, misma que ha concluido con la Firma de una Declaración/Convenio de Pensión en fecha
_____, declaro que:

☐ A la fecha, trabajo en la Empresa/Entidad _____, que es ☐ Pública

☐ Privada

☐ He concluido mi última relación de Dependencia Laboral en fecha _____

Notificación:

Conforme lo señalado en el artículo 53 de la Ley N° 065 de 10 de diciembre de 2010, los Asegurados que cuenten con una Pensión o Pago donde uno de sus componentes sea la Compensación de Cotizaciones Mensual (CC), y continúen realizando una actividad laboral financiada con recursos públicos, deberán solicitar la suspensión temporal del componente de CCM, a objeto de no incurrir en Doble Percepción.

Los Asegurados con Pensión Solidaria de Vejez que continúen realizando una actividad laboral en el sector público o privado, deberán solicitar la suspensión temporal de sus Fracción Solidaria, a objeto de no incurrir en Doble Percepción.

Lugar y Fecha: _____

FIRMA DEL ASEGURADO	FIRMA DE RECEPCIÓN RESPONSABLE DE GESTORA

ANEXO 5

FORMULARIO DE REPOSICIÓN DE RETIROS

LUGAR Y FECHA DE RECEPCIÓN

N°

I. DATOS DEL ASEGURADO

CUA		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELLIDO CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
TIPO DOC. IDENT.	N° DOC. IDENTIDAD	COMPL. CI	FECHA DE NACIMIENTO			ESTADO CIVIL			SEXO		
			DÍA	MES	AÑO				M		F
ENTE GESTOR DE SALUD		MATRÍCULA DE ASEGURADO		DEPARTAMENTO				PROVINCIA			
CIUDAD		ZONA/ VILLA/BARRIO/SECTOR				DIRECCIÓN				N°	
TELÉFONO/CELULAR		CASILLA POSTAL		CORREO ELECTRÓNICO							

II. DATOS DEL SOLICITANTE (LLENAR SÓLO SI ES DIFERENTE DEL ASEGURADO)

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELLIDO CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		
TIPO DOC. IDENT.	N° DOC. IDENTIDAD	COMPL. CI	PARENTESCO			SEXO			TELÉFONO/CELULAR	
						M		F		
DEPARTAMENTO		PROVINCIA		CIUDAD		ZONA/VILLA/BARRIO/SECTOR				CASILLA POSTAL
DIRECCIÓN				N°		CORREO ELECTRÓNICO				

III. IDENTIFICACIÓN DE PERIODOS RETIRADOS

N°	PERIODO	N° CUOTAS RETIRADAS	FECHA DE RETIRO	MODALIDAD DE RETIRO
TOTAL CUOTAS RETIRADAS POR CONCEPTO DE COTIZACIONES MENSUALES OBLIGATORIAS				

IV. PERIODOS A SER REPUESTOS

N°	PERIODO	N° CUOTAS A REPONERSE

TOTAL CUOTAS A REPONER

MONTO A REPONER EN BOLIVIANOS

A VALOR CUOTA DE FECHA: _____

AVISO LEGAL

El monto de reposición en Bolivianos señalado en el numeral IV. Anterior, tiene vigencia de un (1) día hábil administrativo, hasta el día.....dede.....

De no efectuarse la reposición en el plazo señalado, el Solicitante deberá apersonarse nuevamente por la Gestora par la actualización del monto a reponerse en Bolivianos.

FIRMA DEL ASEGURADO O SOLICITANTE	FIRMA DE RECEPCIÓN RESPONSABLE DE GESTORA

ANEXO 6

CERTIFICADO DE SALDOS Y ACTUALIZACIÓN DE COMPENSACIÓN DE COTIZACIONES

LUGAR Y FECHA DE RECEPCIÓN

N°

I. DATOS DEL ASEGURADO

CUA		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELLIDO CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
TIPO DOC. IDENT.		N° DOC. IDENTIDAD		COMPL. CI		FECHA DE NACIMIENTO DÍA MES AÑO		ESTADO CIVIL		SEXO M F	
ENTE GESTOR DE SALUD				MATRÍCULA DE ASEGURADO				DEPARTAMENTO		PROVINCIA	
CIUDAD		ZONA/ VILLA/BARRIO/SECTOR				DIRECCIÓN				N°	
TELÉFONO/CELULAR		CASILLA POSTAL		CORREO ELECTRÓNICO		EDAD A FECHA DE DOLICITUD		SECTOR MINERO OTRO			

II. ACTUALIZACIÓN DEL CERTIFICADO DE COMPENSACIÓN DE COTIZACIONES (CCM) (A FECHA DE SOLICITUD)

MONTO DE CERTIFICADO DE CCM (Bs)		DENSIDAD DE APORTES SISTEMA DE REPARTO (A)		TIPO DE CAMBIO (CONSIGNADO EN CERTIFICADO DE CCM)		TIPO DE CAMBIO (A FECHA DE SOLICITUD)		CC ACTUALIZADA (Bs)	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	

III. SALDO DE LA CUENTA PERSONAL (CPP) (A FECHA DE SOLICITUD)

FECHA DE SOLICITUD DÍA MES AÑO			SALDO ACUMULADO EN CPP (Bs.)		SALDO ACUMULADO EN CPP (N° CUOTAS)		VALOR CUOTA (A FECHA DE SOLICITUD)	
DENSIDAD DE APORTES SSO/SIP (B)			N° DE HIJOS NACIDOS VIVOS		DENSIDAD APORTES POR HIJOS NACIDOS VIVOS (C)		DENSIDAD DE APORTES (A+B+C)	

IV. AÑOS DE TRABAJO INSALUBRE (A FECHA DE SOLICITUD)

N° DE CERTIFICADO INSALUBRE		N° DE AÑOS DE TRABAJO INSALUBRE		EMPLEADOR		FECHAS	
N° DE CERTIFICADO INSALUBRE		N° DE AÑOS DE TRABAJO INSALUBRE		EMPLEADOR		FECHAS	
N° DE CITE DE DECLARACIÓN JURADA		N° DE AÑOS DE TRABAJO EN EL ÁREA PRODUCTIVA DEL SECTOR MINERO METALÚRGICO		EMPLEADOR		FECHAS	

TOTAL N° AÑOS TRABAJO INSALUBRE COMO MINERO METALURGISTA			TOTAL N° AÑOS TRABAJO INSALUBRE COMO MINERO COOPERATIVISTA			LÍMITES SOLIDARIOS P/MINEROS	
AÑOS	MESES	DÍAS	AÑOS	MESES	DÍAS	SI	NO

LA GESTORA DEBE ADJUNTAR ESTE DOCUMENTO EL ESTADO DE AHORRO PREVISIONAL (EAP) A FECHA DE SOLICITUD

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE GESTORA

HOJA DE CÁLCULO DE REFERENTE SALARIAL

LUGAR Y FECHA DE RECEPCIÓN

FECHA

N°

I. DATOS DEL ASEGURADO

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELLIDO CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
CUA	TIPO DOC. IDENT.	N° DOC. IDENTIDAD	COMPL. CI	FECHA DE NACIMIENTO			EDAD		
				DÍA	MES	AÑO			

II. CÁLCULO DE REFERENTE SALARIAL

DENSIDAD DE APORTES	N° PERIODOS PAGADOS POR ADELANTADO	N° PERIODOS CONSIDERADOS PARA REFERENTE SALARIAL	DIFFERENCIA MAYOR ENTRE TG O IC (%)	FECHA DE SINIESTRO (SOLO PARA INVALIDEZ Y MUERTE)			TC ÚLTIMO DÍA CALENDARIO DEL MES ANTERIOR A FECHA DE SOLICITUD (BS. /\$US) (SOLO PARA VEJEZ)	FECHA DE SOLICITUD		
				DÍA	MES	AÑO		DÍA	MES	AÑO

TIPO DE REFERENTE SALARIAL:

☐ VEJEZ

☐ SOLIDARIO DE VEJEZ

☐ RIESGOS

☐ RETIROS MÍNIMOS

N° DE PERIODOS	PERIODO	% VARIACIÓN	TG O IC (RANGO)	TIPO DE CAMBIO PERIODO (Bs/\$us)	TC NOV-2001 (Bs. /\$us)	UFV PERIODO	UFV MES ANTERIOR A FECHA DE SOLICITUD	MENSUALIZADO (*)	TG O IC Bs. CON MANTENIMIENTO DE VALOR
60									
59									
58									
57									
56									
55									
54									
53									
52									
51									
50									
49									
48									
47									
46									
45									
44									
43									
42									
41									
40									

39									
38									
37									
36									
35									
34									
33									
32									
31									
30									
29									
28									
27									
26									
25									
24									
23									
22									
21									
20									
19									
18									
17									
16									
15									
14									
13									
12									
11									
10									
9									
8									
7									
6									
5									
4									
3									
2									
1									
TOTAL REFERENTE SALARIAL =									

(*) Corresponde señalar el N° de días aportados para los periodos en los que el TG fue mensualizado.

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE GESTORA

FORMULARIO DE COMPARACIÓN DE PENSIONES

LUGAR Y FECHA DE RECEPCIÓN

N°

I. DATOS DEL ASEGURADO

CUA	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	APELLIDO CASADA	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOC. IDENT.	N° DOC. IDENTIDAD	COMPL. CI	FECHA DE NACIMIENTO DÍA MES AÑO	ESTADO CIVIL	SEXO M F

II. DATOS DEL TRÁMITE

N° DE SOLICITUD	FECHA DE SOLICITUD	REGIONAL
-----------------	--------------------	----------

III. DERECHOHABIENTES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	APELLIDO CASADA	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PARENTESCO	% DE ASIGNACIÓN	
						RIESGOS	VEJEZ/ SOL. VEJEZ
% DE ASIGNACIÓN TOTAL (SUMA DE TODOS LOS DERECHOHABIENTES)							

IV. PENSIONES POR MUERTE A LAS QUE PODRÍAN ACCEDER LOS DERECHOHABIENTES

TIPO DE PENSIÓN POR MUERTE	MONTO EN Bs.

V. PENSIÓN POR MUERTE OTORGADA

TIPO DE PENSIÓN POR MUERTE OTORGADA	MONTO EN Bs.

FIRMA DE RECEPCIÓN RESPONSABLE DE GESTORA

FORMULARIO DE HABILITACIÓN / REPOSICIÓN DE PAGOS

LUGAR Y FECHA DE RECEPCIÓN

N°

I. DATOS DEL ASEGURADO

CUA	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	APELLIDO CASADA			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
TIPO DOC. IDENT.	N° DOC. IDENTIDAD	COMPL. CI	FECHA DE NACIMIENTO			ESTADO CIVIL			SEXO
			DÍA	MES	AÑO				
ENTE GESTOR DE SALUD		MATRÍCULA DE ASEGURADO			DEPARTAMENTO			PROVINCIA	
CIUDAD		ZONA/ VILLA/BARRIO/SECTOR			DIRECCIÓN			N°	
TELÉFONO/CELULAR		CASILLA POSTAL			CORREO ELECTRÓNICO				

II. DATOS DEL SOLICITANTE

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELLIDO CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
TIPO DOC. IDENT.	N° DOC. IDENTIDAD	COMPL. CI	PARENTESCO			SEXO		TELÉFONO/CELULAR	
						M	F		
DEPARTAMENTO		PROVINCIA		CIUDAD		ZONA/VILLA/BARRIO/SECTOR			
DIRECCIÓN				N°	CORREO ELECTRÓNICO			CASILLA POSTAL	
COPIA DOC. IDENT.	CÓD. VER.	TUTORÍA	N° DE PODER	N° DE NOTARÍA	NOMBRE DEL NOTARIO		FECHA DE REVISIÓN		VALIDACIÓN
SI	NO	SI	NO				DÍA	MES	AÑO

III. DATOS DE LA SOLICITUD

HABILITACIÓN	<input type="text"/>	REPOSICIÓN	<input type="text"/>
FRACCIÓN SOLIDARIA	<input type="text"/>		
CCM	<input type="text"/>		
PENSIÓN	<input type="text"/>		

IV. DETALLE DE PAGOS NO COBRADOS

[illegible]

(*) DETALLAR LA FRACCIÓN Y/O PENSIÓN QUE CORRESPONDA

En el evento, que el Poder o Test. De Tutoría de inicio de trámite no cumpla las condiciones legales y fuera observado por la Gestora en su proceso de validación, este trámite será anulado.

FIRMA DEL SOLICITANTE

FIRMA DE RECEPCIÓN RESPONSABLE DE GESTORA

FORMULARIO DE RENUNCIA DE DERECHO DE SOLICITAR REVISIÓN DE DICTAMEN

LUGAR Y FECHA DE RECEPCIÓN

N°

I. DATOS DEL ASEGURADO

CUA	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	APELLIDO CASADA			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOC. IDENT.	N° DOC. IDENTIDAD	COMPL. CI	FECHA DE NACIMIENTO			ESTADO CIVIL	SEXO
			DÍA	MES	AÑO		M F
ENTE GESTOR DE SALUD		MATRÍCULA DE ASEGURADO			DEPARTAMENTO	PROVINCIA	
CIUDAD	ZONA/ VILLA/BARRIO/SECTOR			DIRECCIÓN			N°
TELÉFONO/CELULAR	CASILLA POSTAL			CORREO ELECTRÓNICO			

II. DATOS DEL SOLICITANTE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	APELLIDO CASADA			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	
TIPO DOC. IDENT.	N° DOC. IDENTIDAD	COMPL. CI	PARENTESCO			SEXO	
						M F	
DEPARTAMENTO	PROVINCIA	CIUDAD	ZONA/VILLA/BARRIO/SECTOR				
DIRECCIÓN			N°	CORREO ELECTRÓNICO		CASILLA POSTAL	
COPIA DOC. IDENT.	CÓD. VER.	TEST. TUTORÍA	N° DE PODER	N° DE NOTARÍA	NOMBRE DEL NOTARIO	FECHA DE REVISIÓN	VALIDACIÓN
SI NO		SI NO				DÍA MES AÑO	APROB. RCH.

III. DATOS DEL DICTAMEN

TIPO DE DICTAMEN (INV/FALL)	N° DICTAMEN	FECHA DE EMISIÓN	FECHA NOTIFICACIÓN /PUBLICACIÓN	FECHA DE SINIESTRO	ORIGEN	CAUSA	PORCENTAJE (%)	TIENE COBERTURA	MONTO PENSIÓN QUE CORRESPONDERÍA
								SI NO	

IV. RENUNCIA AL DERECHO DE SOLICITAR REVISIÓN DE DICTAMEN

Habiendo revisado el Dictamen señalado en el numeral III. anterior, y toda vez que me encuentro de acuerdo con lo establecido en el mismo y con la fecha de siniestro (invalidez o fallecimiento) determinada, renuncio a mi derecho a pedir Revisión de Dictamen, por lo que de no contar la Gestora con una solicitud de revisión anterior y no ser parte del control concurrente, en el marco del artículo 154 del Reglamento del Decreto Supremo N° 0822/2011, solicito que el citado dictamen quede ejecutoriado a partir de la fecha de entrega y suscripción del presente formulario.

RENUNCIO A MI DERECHO A PEDIR REVISIÓN DE DICTAMEN:

En el evento que el Poder o Test. de Tutoría de inicio de trámite no cumpla las condiciones legales y fuera observado por la Gestora en su proceso de validación, este trámite será anulado.

FIRMA DEL ASEGURADO O SOLICITANTE	FIRMA DE RECEPCIÓN RESPONSABLE DE GESTORA
-----------------------------------	---

FORMULARIO DE SOLICITUD DE REVISIÓN DE DICTAMEN

LUGAR Y FECHA DE RECEPCIÓN

N°

I. DATOS DEL ASEGURADO

CUA	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	APELLIDO CASADA	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOC. IDENT.	N° DOC. IDENTIDAD	COMPL. CI	FECHA DE NACIMIENTO		ESTADO CIVIL
			DÍA	MES	AÑO
ENTE GESTOR DE SALUD		MATRÍCULA DE ASEGURADO	DEPARTAMENTO		PROVINCIA
CIUDAD	ZONA/ VILLA/BARRIO/SECTOR		DIRECCIÓN		N°
TELÉFONO/CELULAR	CASILLA POSTAL		CORREO ELECTRÓNICO		

II. DATOS DEL SOLICITANTE

ASEGURADO		DERECHOHABIENTE		EMPLEADOR	
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	APELLIDO CASADA	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	
TIPO DOC. IDENT.	N° DOC. IDENTIDAD	COMPL. CI	PARENTESCO	SEXO	TELÉFONO/CELULAR
				M	F
DEPARTAMENTO		PROVINCIA	CIUDAD	ZONA/VILLA/BARRIO/SECTOR	
DIRECCIÓN		N°	CORREO ELECTRÓNICO		CASILLA POSTAL
COPIA DOC. IDENT.	CÓD. VER.	TUTORIA	N° DE PODER	N° DE NOTARÍA	NOMBRE DEL NOTARIO
SI	NO	SI	NO		
FECHA DE REVISIÓN			VALIDACIÓN		
DÍA MES AÑO			APROB. RCH.		

III. DATOS DEL DICTAMEN

TIPO DE DICTAMEN (INV/FALL)	N° DICTAMEN	FECHA DE EMISIÓN	FECHA NOTIFICACIÓN ASEGURADO//PUBLICACIÓN EN PRENSA	ORIGEN	CAUSA	PORCENTAJE (%)	TIENE COBERTURA	MONTO PENSIÓN QUE CORRESPONDERÍA
							SI NO	

IV. SOLICITUD DE REVISIÓN DE DICTAMEN

SOLICITO REVISIÓN DEL DICTAMEN NRO	SE ADJUNTA DOCUMENTACIÓN	SI	NO
LISTA DE DOCUMENTOS ADJUNTOS:			
MOTIVO DE LA SOLICITUD:			
En el evento de que el Poder o Test. de Tutoría de inicio de trámite no cumpla las condiciones legales y fuera observado por la Gestora en su proceso de validación, este trámite será anulado.			
FIRMA DEL ASEGURADO O SOLICITANTE		FIRMA DE RECEPCIÓN RESPONSABLE DE GESTORA	

FORMULARIO DE SOLICITUD DE RECALIFICACIÓN

LUGAR Y FECHA DE RECEPCIÓN

N°

I. DATOS DEL ASEGURADO

CUA	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	APELLIDO CASADA	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOC. IDENT.	N° DOC. IDENTIDAD	COMPL. CI	FECHA DE NACIMIENTO		ESTADO CIVIL
			DÍA	MES	AÑO
ENTE GESTOR DE SALUD		MATRÍCULA DE ASEGURADO	DEPARTAMENTO		PROVINCIA
CIUDAD		ZONA/ VILLA/BARRIO/SECTOR	DIRECCIÓN		N°
TELÉFONO/CELULAR		CASILLA POSTAL	CORREO ELECTRÓNICO		COPIA DOC. IDENT.
					SI NO
					CÓD. VER.

II. DATOS DEL SOLICITANTE (LLENAR SÓLO SI ES DIFERENTE DEL ASEGURADO)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	APELLIDO CASADA	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOC. IDENT.	N° DOC. IDENTIDAD	COMPL. CI	PARENTESCO	SEXO
				M F
COPIA DOC. IDENT.	CÓD. VER.	N° DE PODER	N° DE NOTARÍA	NOMBRE DEL NOTARIO
SI NO				
			FECHA DE REVISIÓN	VALIDACIÓN
			DÍA MES AÑO	APROB. RCH.

III. DATOS GENERALES DEL DICTAMEN

FECHA DE DICTAMEN	DÍA	MES	AÑO	N° DE DICTAMEN	RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA
PORCENTAJE (%) DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL				ORIGEN	CAUSA

IV. DETALLE DE LOS DOCUMENTOS MEDICOS PRESENTADOS PARA LA RECALIFICACIÓN

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN DEL DOCUMENTO	ORIGINAL	COPIA

FIRMA DEL ASEGURADO O SOLICITANTE	FIRMA DE RECEPCIÓN RESPONSABLE DE GESTORA
-----------------------------------	---