

ANEXO II
CERTIFICADO DE VIVENCIA
TIPO DE PENSIÓN

NOMBRE O LOGOTIPO DE LA ENTIDAD REGULADA

CERTIFICA:

Que el señor: (Nombre completo del Asegurado o Derechohabiente)
con Cédula de Identidad N°, que percibe una Pensión de: (Detallar la
Pensión que percibe, en caso de ser una Pensión por Muerte detallar el nombre completo y Cédula de
Identidad o CUA del causante), efectuó el Control de Vivencia correspondiente.

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

Fecha tope para la renovación del Certificado de Vivencia:

Firma del Responsable de la AFP o EA

Firma del Asegurado/Derechohabiente

*Nota: En caso de **NO** renovar el Certificado de Vivencia hasta la fecha señalada, se suspenderá el pago del Beneficio.*

ANEXO III

Lugar y Fecha de Recepción

N° SOL

I. IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO:									
Apellido Paterno		Apellido Materno		Apellido de Casada		Nombres		NUA	
Tipo Documento	N° Doc. Identidad	Sexo		Fecha de Nacimiento			Estado Civil		
		Femenino	Masculino	dd	mm	aaaa	Soltero	Casado	Divorciado

II. IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE:											
Apellido Paterno		Apellido Materno		Apellido de Casada		Nombres		Tipo Documento		N° Doc. Identidad	
Fecha de Nacimiento			Sexo		Parentesco		Estado Civil				
dd	mm	aaaa	Femenino	Masculino			Soltero	Casado	Divorciado	Viudo	
Domicilio						Teléfono	Teléfono Celular de Referencia				
Departamento	Zona	Avenida/Calle/Pasaje			N°						

Habilitación de Pagos Suspensos

Habilitación de Pagos Revertidos

III. DETALLE DE PAGOS NO COBRADOS					
PAGOS SUSPENDIDOS			PAGOS REVERTIDOS		
N°	Periodo Suspendido	Monto Suspendido	N°	Periodo Revertido	Monto Revertido

Firma del Solicitante
Declaración Jurada de que los datos son correctos

Firma y sello del Responsable de la AFP/EA