



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 Suspendidos

Habilitación de Pagos Revertidos

III. DETALLE DE PAGOS NO COBRADOS

PAGOS SUSPENDIDOS			PAGOS REVERTIDOS		
N°	Periodo Suspenido	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