

## ANEXO 2

### DECLARACIÓN DE PRESTACIONES DELSISTEMA INTEGRAL DE PENSIONES

(MODELO 2b)

#### CONDICIONES GENERALES

##### A. Prestaciones.

La normativa establecida en la Ley N° 065, de Pensiones de 10 de diciembre de 2010 y sus demás normas reglamentarias son de aplicación obligatoria en el Sistema Integral de Pensiones. A continuación, se hace un resumen de las Prestaciones y Pagos otorgados en el SIP:

1. **Prestación de Vejez.** Comprende el pago de una Pensión mensual y vitalicia a favor del Asegurado, y a su fallecimiento, el pago de Pensiones por Muerte mensuales y vitalicias y/o temporales según corresponda, a favor de sus Derechohabientes en los porcentajes y orden de prelación establecidos, y el pago de Gastos Funerarios consistente en el pago por una sola vez de Un Mil Ochocientos Bolivianos (Bs. 1.800,00). Esta Prestación estará compuesta por la Fracción de Saldo Acumulado, la Compensación de Cotizaciones Mensual, la Renta de Invalidez Parcial por Riesgo Profesional del Sistema de Reparto, la Pensión de Invalidez del SIP en calidad de militar y la Fracción Complementaria, según corresponda.
2. **Prestación de Invalidez por Riesgos.** Comprende el pago de una Pensión mensual a favor del Asegurado inválido hasta los 65 años de edad o hasta su fallecimiento, más el aporte del 10% del Referente Salarial de Riesgos o Pensión actualizada con destino a la Cuenta Personal Previsional del Asegurado. Al fallecimiento del Asegurado se pagarán Pensiones por Muerte mensuales y vitalicias y/o temporales según corresponda a favor de sus Derechohabientes de Primer o Segundo Grado, en los porcentajes y orden de prelación establecidos, y el pago de Gastos Funerarios consistente en el pago por una sola vez de Un Mil Ochocientos Bolivianos (Bs. 1.800,00). Esta Prestación será financiada con recursos del Fondo de Riesgos, a los que se sumará el Saldo Acumulado en la Cuenta Personal Previsional por concepto de Cotizaciones Mensuales, al fallecimiento del Asegurado, cuando corresponda.
3. **Pensión por Muerte.** Comprende el pago de una Pensión mensual y vitalicia y/o temporal según corresponda a favor de los Derechohabientes de Primer o Segundo Grado del Asegurado fallecido en los porcentajes y orden de prelación establecidos. Los Derechohabientes de Tercer Grado individualizados en la presente Declaración solo podrán acceder a la Pensión por Muerte derivada de la Fracción de Saldo Acumulado, cuando corresponda. Esta Pensión podrá ser financiada por la Fracción de Saldo Acumulado, la Compensación de Cotizaciones Mensual, la Renta de Invalidez Parcial por Riesgo Profesional del Sistema de Reparto y la Fracción Complementaria, según corresponda.

##### B. Condiciones aplicables a las Prestaciones.

1. **Vigencia.** Las Prestaciones del SIP tienen vigencia a partir de la fecha de suscripción de la solicitud de pensión, hasta la fecha de fallecimiento del Asegurado o del último Derechohabiente con derecho a la prestación; y en el caso de Invalidez hasta que el Asegurado cumpla sesenta y cinco (65) años de edad o hasta su fallecimiento, si esto ocurriera antes.
2. **Fecha de Pago.** Las Pensiones serán pagadas mensualmente, a mes vencido, debiendo habilitarse los mismos hasta el día siete (7) del mes siguiente al que corresponde el pago. El aguinaldo equivalente a una duodécima de una mensualidad de pensión recibida en una gestión calendario, será habilitado hasta el día quince (15) de diciembre de cada año.

- 3. Descuentos para salud.** Las Pensiones, de conformidad con el artículo 8 del Decreto Supremo N° 24668 de 21 de junio de 1997 serán sujetos al descuento para salud del cinco por ciento (5%). Con la presente Declaración, el Asegurado o Derechohabiente, podrá iniciar su trámite de afiliación al Ente Gestor de Salud, en adelante EGS, que corresponda.

En el marco del artículo 60 de la Ley N° 065, el EGS deberá otorgar cobertura de salud a partir del primer día del mes en que se suscribe la presente Declaración, si la suscripción se ha realizado hasta el día quince (15) del mes, o a partir del mes siguiente si la suscripción ha sido después del día quince (15) del mes.

Si el Asegurado, o al fallecimiento de éste los Derechohabientes contaran con cobertura de salud en un EGS, podrán solicitar a la Gestora el no descuento conforme a normativa vigente.

- 4. Actualización.** Los diferentes componentes de la pensión se actualizarán una vez al año, a partir del año siguiente al de su inicio de vigencia, conforme a lo siguiente:

- Fracción de Saldo Acumulado financiada por el Fondo de Vejez, se actualizará en función a la variación del precio de la Unidad de Vejez, en adelante UV.
- Compensación de Cotizaciones Mensual, en adelante CCM, financiada por el Tesoro General de la Nación, se actualizará en función a la variación de la UFV.
- Fracción Complementaria financiada por el Tesoro General de la Nación, se actualizará en función a la variación de la UFV.
- Pensión de Invalidez financiada por el Fondo Colectivo de Riesgos, se actualizará en función a la variación de la UFV
- Renta de Invalidez Parcial por Riesgo Profesional del Sistema de Reparto, se actualizará conforme a la normativa vigente para Rentas del Sistema de Reparto.

- 5. Renta de Invalidez Parcial por Riesgo Profesional del Sistema de Reparto.** La Renta de Invalidez Parcial por Riesgo Profesional del Sistema de Reparto, pagada por el SENASIR, forma parte de la Pensión de Vejez del Asegurado, y a la misma así como a la Renta por Muerte derivada de ésta, aplicará la normativa y procedimientos establecidos para el Sistema de Reparto.

- 6. Compensación de Cotizaciones Mensual.** El monto de la CCM para el Asegurado y al fallecimiento de éste para sus Derechohabientes, no podrá superar el tope establecido en la norma vigente. De conformidad con los artículos 64 y 65 del D.S. N° 0822, la CCM podrá ser modificada por el Servicio Nacional del Sistema de Reparto, en adelante SENASIR, en cuyo caso se efectuará una adenda a la presente Declaración.

Cuando el SENASIR determine que debido a las modificaciones de CCM el Asegurado o Derechohabiente, ha incurrido en cobros en exceso, éste suscribirá un Convenio con el Asegurado o Derechohabiente, para proceder con el descuento mensual de hasta el veinte por ciento (20%) del monto de la CCM, hasta recuperar el monto total adeudado al Estado.

- 7. Doble Percepción.** Cuando el SENASJR determine que el Asegurado ha incurrido en doble percepción, éste suscribirá un Convenio con el Asegurado o Derechohabiente, para proceder con el descuento mensual conforme a normativa vigente, hasta recuperar el monto total adeudado al Estado.

- 8. Devengamiento.** Las Pensiones devengarán, de conformidad con el artículo 20 del D.S. N° 0822 a partir del primer día del mes de solicitud de pensión, siempre que ésta hubiera sido firmada hasta el quince (15) del mes inclusive; o a partir del primer día del mes siguiente, si la solicitud fue firmada en fecha posterior.

Cuando el Asegurado sea el suscriptor de la Declaración de Pensión, a su fallecimiento, las Pensiones por Muerte para los Derechohabientes individualizados que figuran en la Declaración, devengarán a partir del primer día del mes de fallecimiento del Asegurado, si el fallecimiento ocurrió hasta el día quince (15) del mes inclusive, o a partir del primer día del mes siguiente, si el fallecimiento ocurrió después del quince (15) del mes.

Los Derechohabientes de Tercer Grado individualizados en la Declaración de Prestaciones solo podrán acceder a la Pensión por Muerte derivada de la Fracción de Saldo Acumulado, cuando corresponda, y en el orden de prelación señalado en la Ley N° 065.

Para las Renta por Muerte derivadas de la Renta de Invalidez Parcial del Sistema de Reparto, aplicarán las normas del Sistema de Reparto.

- 9. Exigibilidad de las Pensiones por Muerte.** Al fallecimiento del Asegurado, los Derechohabientes, en el orden de prelación establecido en la Ley N° 065, podrán solicitar las Pensiones por Muerte dentro el plazo de los treinta y seis (36) meses de ocurrido el fallecimiento del Asegurado; pasado este plazo dichas pensiones prescriben.

En el Caso de Derechohabientes de Primer Grado no declarados en la presente Declaración y Derechohabientes de Segundo Grado no declarados ni excluidos las Pensiones por Muerte devengarán desde la fecha de Solicitud de Pensión, siempre y cuando ésta hubiera sido presentada dentro del plazo de los treinta y seis (36) meses posteriores a la fecha de fallecimiento. Pasado este plazo y de no haber Derechohabientes declarados y/ o solicitudes de Pensión por Muerte presentadas en las AFP, las pensiones prescribirán.

Para las Rentas por Muerte derivadas de la Renta de Invalidez Parcial del Sistema de Reparto, aplicarán las normas del Sistema de Reparto.

- 10. Reversión.** Las Pensiones no cobradas por el Asegurado o Derechohabiente dentro de los tres (3) meses de emitido el pago conforme al Artículo 23 del DS N° 0822, deberán ser revertidas hasta el día diez (10) del mes de vencimiento de su disponibilidad, a la fuente de financiamiento de origen.

- 11. Caducidad.** Las Pensiones a las que tenga derecho el Asegurado y sus Derechohabientes, caducan de acuerdo a lo establecido en el Artículo 39 del D.S. N° 0822 una vez transcurridos veinticuatro (24) meses sin que el Asegurado o Derechohabiente cobre la pensión.

Si dentro el plazo de los veinticuatro (24) meses el Asegurado o Derechohabiente hubiera fallecido, los pagos no cobrados hasta la fecha de fallecimiento, pasarán a formar parte de la Masa Hereditaria, siempre y cuando los herederos se hubieran apersonado a la Gestora antes de que el derecho al cobro caduque.

Previa a la fecha de caducidad, la Gestora deberá imprescindiblemente realizar las notificaciones y publicaciones, conforme el Artículo 45 del D.S. N° 0822.

Para las Rentas por Muerte derivadas de la Renta de Invalidez Parcial del Sistema de Reparto, aplicarán las normas del Sistema de Reparto.

- 12. Gastos Funerarios y Gastos Funerales.** El plazo para presentar una solicitud de Gastos Funerarios/Gastos Funerales es de dieciocho (18) meses a partir de la fecha de fallecimiento del Asegurado; vencido este plazo, el pago prescribirá a favor del Fondo correspondiente.

Los primeros seis (6) meses a partir de la fecha de fallecimiento del Asegurado, podrá solicitar el pago de Gastos Funerarios o Funerales, cualquier persona que acredite haber pagado los mismos. Pasados los seis (6) meses, podrán solicitar el pago de Gastos Funerarios o Funerales, los Derechohabientes en el orden de prelación establecido en el D.S. N° 0822.

- 13. Recálculos de Fracción de Saldo Acumulado.** En caso de existir inclusión o exclusión de Derechohabientes (Ej. matrimonio/ convivencia, hijos no declarados, divorcio/ separación de convivencia) o modificaciones en el estado psicofísico de los hijos menores de veinticinco (25) años, la Gestora procederá a recalcular la Fracción de Saldo Acumulado conforme a lo establecido en norma vigente y considerando a todos los Derechohabientes existentes a dicha fecha.

La inclusión, exclusión y/ o modificación de Derechohabientes, deberá ser solicitada a la Gestora, por el Asegurado mediante la suscripción del formulario de solicitud de pensión que corresponde y adjuntando los documentos de acreditación que correspondan según normativa, en original o fotocopia.

De igual manera, la Fracción de Saldo Acumulado podrá ser recalculada cuando existan aportes acreditados en la Cuenta Personal Previsional del Asegurado en fecha posterior a la solicitud de pensión.

- 14. Comunicación.** Las comunicaciones del Asegurado y a su fallecimiento, de los Derechohabientes, se considerarán válidas únicamente si fueron realizadas por escrito a las oficinas de la Gestora. En estos casos, la Gestora está obligada a remitir una copia de las comunicaciones al SENASIR, cuando corresponda.

De igual forma, las comunicaciones de la Gestora al Asegurado y a los Derechohabientes, según corresponda, se considerarán válidas únicamente si se han dirigido por escrito al último domicilio declarado por éstos.

En caso de cambio de domicilio que figura en la presente Declaración, es obligación del Asegurado o sus Derechohabientes actualizar la misma.

## CONDICIONES PARTICULARES

### A. Datos del Asegurado.

NOMBRES Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_

DOC. ID: \_\_\_\_\_ CUA: \_\_\_\_\_ Nº TELÉFONO: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

FECHA DE FALLECIMIENTO (si corresponde): \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

FECHA DE SOLICITUD DE PENSIÓN (\*): \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DEL ASEGURADO: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

(\*) Esta fecha deberá corresponder a la fecha de solicitud que generó la presente Declaración.

### B. Derechohabientes.

#### 1. Datos Individualizados de los Derechohabientes.

##### Primer Grado

Nombres y Apellidos:

Doc. de Identidad:

Parentesco:

Fecha de Nacimiento:

Estado Psicofísico (cuando el hijo sea inválido):

Dirección:

Correo electrónico:

##### Segundo Grado

Nombres y Apellidos:

Doc. de Identidad:

Parentesco:

Fecha de Nacimiento:

Dirección:

Correo electrónico:

##### Tercer Grado

Nombres y Apellidos:

Doc. de Identidad:

Parentesco:

Fecha de Nacimiento:

Dirección:

Correo electrónico:

Nº \_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN DE PRESTACIONES DEL SISTEMA INTEGRAL DE PENSIONES****ASEGURADOS MIEMBROS DE LAS FUERZAS ARMADAS DE LA NACIÓN CON RENTA DE INVALIDEZ PARCIAL POR RIESGO PROFESIONAL DEL SISTEMA DE REPARTO Y/O PENSIÓN DE INVALIDEZ DEL SIP****ANEXO I****MODIFICACIÓN DE DATOS DE LA PRESTACIÓN (Inf. Histórica)****A. Datos del Asegurado.**

NOMBRES Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_

DOC. ID: \_\_\_\_\_ CUA: \_\_\_\_\_

Nº DE DECLARACIÓN: \_\_\_\_\_ FECHA DE DECLARACIÓN: \_\_\_\_\_

**B. Modificaciones.** Los montos que figuran en la planilla corresponden al monto total, antes de descuentos, que le corresponde al Asegurado, y en el caso de Derechohabientes al monto total, antes de descuentos, que corresponde a todos los Derechohabientes acreditados a fecha de solicitud.

FECHA DE SOLICITUD	PRESTACIÓN			COMPONENTE (en Bs.)					TOTAL (en Bs.)
	PV	%DH	PxM	FSA	CCM	RIP	PxI	FC	
Ej. 1) 25/03/2014	X			500	1700		500	800	3500
22/04/2016	X			600	2500		650	1040	4790
Ej. 2) 31/03/2014	X			500		800		2200	3500
Ej. 3) 27/03/2014	X			500		800	500	1700	3500
30/05/2016	X			600		1040	650	2210	4500

Fecha de Solicitud = Fecha de Vigencia

PV = PENSIÓN DE VEJECIENZA

%DH = %DE ASIGNACIÓN DE ERECHOHABIENTE

PxM = PENSIÓN POR MUERTE

FSA = FRACCIÓN DE SALDO ACUMULADO

CCM = COMPENSACIÓN DE COTIZACIONES MENSUAL

RIP = RENTA DE INVALIDEZ PARCIAL DEL SIST. DE REPARTO

PxI = PENSIÓN DE INVALIDEZ DEL SIP EN CALIDAD DE MILITAR

FC = FRACCIÓN COMPLEMENTARIA

Lugar: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## DECLARACIÓN DE PRESTACIONES DEL SISTEMA INTEGRAL DE PENSIONES

### ANEXO II MODIFICACIONES

#### A. DATOS DEL ASEGURADO.

NOMBRES Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_

DOC. ID: \_\_\_\_\_ CUA: \_\_\_\_\_

Nº DE DECLARACIÓN: \_\_\_\_\_

FECHA DE DECLARACIÓN: \_\_\_\_\_

#### B. MODIFICACIONES SOLICITADAS.

##### 1. Del Asegurado:

Fecha de solicitud de modificación: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_\_\_\_

Objeto de la modificación:

**NOMBRES/ APELLIDOS**

**Nº DOC. IDENT.**

**FECHA DE NACIMIENTO**

\_\_\_\_\_  
(Registro de nuevos datos) \_\_\_\_\_

Esta modificación genera cambio en el monto de pensión: SI  NO

##### 2. De los Derechohabientes:

Fecha de solicitud de modificación: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_\_\_\_

Objeto de la modificación:

**INCLUSIÓN**

**EXCLUSIÓN**

**MODIF. ESTADO  
PSICOFÍSICO**

Nombres y Apellidos:

Doc. de Identidad:

Parentesco:

Fecha de Nacimiento:

Dirección:

Correo electrónico:

Esta modificación genera cambio en el monto de pensión: SI  NO

Fecha de solicitud de modificación: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_\_\_\_

Objeto de la modificación:

**INCLUSIÓN**

**EXCLUSIÓN**

**MODIF. ESTADO  
PSICOFÍSICO**

Nombres y Apellidos:

Doc. de Identidad:

Parentesco:

Fecha de Nacimiento:

Dirección:

Correo electrónico:

Esta modificación genera cambio en el monto de pensión:

SI

NO

Fecha de solicitud de modificación: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_\_\_\_

Objeto de la modificación:

**INCLUSIÓN**

**EXCLUSIÓN**

**MODIF. ESTADO  
PSICOFÍSICO**

Nombres y Apellidos:

Doc. de Identidad:

Parentesco:

Fecha de Nacimiento:

Dirección:

Correo electrónico:

Esta modificación genera cambio en el monto de pensión:

SI

NO

Lugar: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

---

Firma del Asegurado o  
Derechohabientes

---

Firma del Representante de la  
Gestora