

FORMULARIO DE CONFORMIDAD DE RECEPCIÓN DE ESTADOS DE CUENTAS

FORM.SPVS/IP-010/99

AFP PREVISIÓN

☐

LUGAR Y FECHA

AFP FUTURO DE BOLIVIA

☐

LUGAR

DIA

MES

AÑO

1. IDENTIFICACIÓN DEL AFILIAFO (LLENAR LOS SIGUIENTES DATOS CONFORME AL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)				
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	APELLIDO DE CASADA	1ER. NOMBRE	2DO. NOMBRE
<input type="radio"/> AFILIADO INDEPENDIENTE <input type="radio"/> AFILIADO DEPENDIENTE		NÚMERO DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TELÉFONO:	
			NUA:	
2. IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR				
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL			TELÉFONO:	
			FAX:	
<p>FECHA QUE REALIZÓ EL RECLAMO</p> <p>DIA MES AÑO</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(Llenado por la Intendencia de Pensiones)</p> <p>FECHA DE RECEPCIÓN DE SU ESTADO DE CUENTA</p> <p>DIA MES AÑO</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(Llenado por el afiliado registrado)</p> <p>FECHA DE RECEPCIÓN DE ESTADOS DE CUENTAS</p> <p>DIA MES AÑO</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(Llenado por el Empleador)</p> <p>FRIMA DEL AFILIADO REGISTRADO</p> <p>FRIMA DEL EMPLEADOR</p>				