

## ANEXO

### FORMULARIO DE SELECCIÓN DE BENEFICIO

1. IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO					
CUA	Apellido Paterno	Apellido Materno	Apellido de Casada	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de Doc.	N° Doc. Identidad	Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento	Estado Civil	Sexo
					M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Ente Gestor de Salud		Matrícula de Asegurado	Departamento	Provincia	
Ciudad o Localidad	Zona/Barrio	Avenida / Calle / Pasaje		Casilla	Teléfono

2. IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE O APODERADO					
Apellido Paterno	Apellido Materno	Apellido de casada	Primer Nombre	Segundo Nombre	
Tipo de Doc.	N° Doc. Identidad	Relación con Asegurado	Estado Civil	Sexo	Teléfonos
				M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Avenida/ Calle/ Pasaje		Ciudad o Localidad	Zona / Barrio		Casilla
N° de Testimonio	N° de Notaría	Notario	Lugar de emisión	Fecha	

3. SELECCIÓN DE BENEFICIO	
<p><b>Elija una opción:</b> Toda vez que el Asegurado tiene ____ años de edad y una Densidad de Aportes menor a 120 y la Pensión de Vejez que financia es ____ (menor/igual o mayor) al 60% de un Salario Mínimo Nacional, debe seleccionar entre los Beneficios a los que puede acceder conforme a normativa vigente, que son los señalados en los incisos: ____ (especificar los incisos que correspondan) ____.</p>	
a.	<p style="text-align: center;"><b>Retiros Mínimos</b> <input style="width: 50px;" type="text"/></p> <p>60% del Referente Salarial de RM <input style="width: 50px;" type="text"/></p> <p>60% del Salario Mínimo Nacional <input style="width: 50px;" type="text"/></p> <p><b>Los Retiros Mínimos corresponde a pagos mensuales hasta agotar el Saldo Acumulado en la Cuenta Personal Previsional del Asegurado. Los pagos son sujetos al descuento del tres por ciento (3%) para cobertura de salud.</b></p>
b.	<p style="text-align: center;"><b>Retiro Final</b> <input style="width: 50px;" type="text"/></p> <p><b>El Retiro Final corresponde a un solo pago no sujeto al descuento de salud, por lo que el Asegurado y sus Derechohabientes no contarán con cobertura de salud.</b></p>
c.	<p style="text-align: center;"><b>Pensión de Vejez</b> <input style="width: 50px;" type="text"/></p> <p><b>Le Pensión de Vejez corresponde a pagos mensuales vitalicios para el Asegurado, y a su fallecimiento, un pago único de Gastos Funerarios y Pensión por Muerte, vitalicias o temporales para sus Derechohabientes.</b></p> <p><b>Las pensiones son sujetas al descuento del tres por ciento (3%) para cobertura de salud.</b></p> <p style="text-align: center;"><b>ESTA OPCIÓN SÓLO CORRESPONDE CUANDO EL ASEGURADO FINANCIA UNA PENSIÓN DE VEJEZ IGUAL O MAYOR AL 60% DE UN SALARIO MÍNIMO NACIONAL.</b></p>

4. CUENTA PERSONAL PREVISIONAL	
<p>Tiene Compensación de Cotizaciones (CC): Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Monto CC Bs. <input style="width: 50px;" type="text"/> CCG: <input type="checkbox"/> CCM: <input type="checkbox"/></p> <p>Fecha de inicio de Cotización al SSO/SIP <input style="width: 50px;" type="text"/> dd/mm/aaaa</p> <p>N° de Cuotas correspondientes al Saldo Acumulado: <input style="width: 50px;" type="text"/></p> <p>Valor Cuota a la fecha del día anterior a la recepción de la Solicitud: <input style="width: 50px;" type="text"/></p> <p>Saldo Acumulado en la Cuenta Personal Previsional en Bolivianos <input style="width: 50px;" type="text"/></p>	
a	
b	
a x b	

Lugar y Fecha de Recepción:	
-----------------------------	--

FIRMA DEL ASEGURADO O SOLICITANTE/APODERADO	FIRMA DE RECEPCIÓN RESPONSABLE DE LA AFP