

AFP/EA

FORMULARIO DE RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS

[illegible]

Observaciones:	
Firma y sello Responsable AFP/EA Nombre Completo	Firma de Conformidad Solicitante Nombre Completo

Firma de Conformidad Solicitante
Nombre Completo

AFP/EA

[illegible]

Observaciones:														
<div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 100px;"> <div style="text-align: center;"> Firma y sello Responsable AFP/EA Nombre Completo </div> <div style="text-align: center;"> Firma de Conformidad Solicitante Nombre Completo </div> </div>														

ANEXO IV (Se dejó sin efecto por la RA SPVS/IP/N° 758/2007)

ANEXO V

AFP/EA	
LIQUIDACION MASA HEREDITARIA	
DATOS GENERALES DEL AFILIADO O DERECHOHABIENTE FALLECIDO	
Afiliado/Derechohabiente:	
Documento de Identidad:	NUA:
Prestación o Modalidad:	
Periodos no cobrados:	Monto total no cobrado:
DATOS GENERALES DE LOS HEREDEROS O TUTOR	
Herederos:	
1 Nombre Completo:	Documento de identidad:
Relación de Parentesco:	Fecha de Solicitud:
2 Nombre Completo:	Documento de identidad:
Relación de Parentesco:	Fecha de Solicitud:
3 Nombre Completo:	Documento de identidad:
Relación de Parentesco:	Fecha de Solicitud:
4 Nombre Completo:	Documento de identidad:
Relación de Parentesco:	Fecha de Solicitud:
Tutor:	

Nombre Completo:

Documento de identidad:

Relación de Herederos, Porcentajes y Montos

Nombre del Heredero	Parentesco	Porcentaje	Monto
TOTAL			

Datos del Pago:

Nombre Completo Heredero 1:

Porcentaje PMH: Bs.
Bolivianos

Monto a pagarse: Bs.

Son: _____ 00/100

Forma de pago:

Fecha de pago:

Firma de conformidad
Nombre del Heredero

Nombre Completo Heredero 2:

Porcentaje PMH: Bs.
Bolivianos

Monto a pagarse: Bs.

Son: _____ 00/100

Forma de pago:

Fecha de pago:

Firma de conformidad
Nombre del Heredero

Nombre Completo Heredero 3:

Porcentaje PMH: Bs.
Bolivianos

Monto a pagarse: Bs.

Son: _____ 00/100

Forma de pago:

Fecha de pago:

Firma de conformidad
Nombre del Heredero

Nombre Completo Heredero 2:

Porcentaje PMH: Bs.
Bolivianos

Monto a pagarse: Bs.

Son: _____ 00/100

Forma de pago:

Fecha de pago:

Firma de conformidad
Nombre del Heredero

Firma y sello
Responsable AFP/EA

(Formulario incluido con la RA SPVS/IP/N° 758/2007)

FORMULARIO DE SOLICITUD DE MASA HEREDITARIA

I. RECEPCIÓN

LugarFechaDDMMAAAA
N° SolicitudNUA/NFR

II. DATOS GENERALES DEL AFILIADO O DERECHOHABIENTE FALLECIDO

Nombre del Afiliado/
Derechohabiente

Apellido PaternoApellido MaternoApellido de Casada1er. Nombre2do. Nombre

Fecha de Nacimiento:

DDMMAAAA

Fecha Fallecimiento

DDMMAAAA

Sexo:

F

M

Tipo Doc. Identidad

Nº Doc. Identidad:

Pensión o pago que percibía

No. de Partida de Declaratoria de Herederos

III. DATOS GENERALES DE LOS HEREDEROS

Relación con el Afiliado	Apellid o Paterno	Apellido Materno	Apellido Casada	Nombres	Doc. Ident.		Fecha de Nacimiento	Dirección Domicilio	Teléfono		Empresa donde trabaja
					Tip o	NºDoc.			Dom.	Of.	

Firma heredero 1.
Nombre del heredero

Firma heredero 3.
Nombre del heredero

Firma heredero 5.
Nombre del heredero

Firma heredero 2.
Nombre del heredero

Firma heredero 4.
Nombre del heredero

Firma y sello Responsable AFP/EA