

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

FORMULARIO DE HABILITACIÓN/REPOSICIÓN DE PAGOS

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	Viudo

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	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino		Soltero	Casado	Divorciado	Viudo	
Domicilio					Teléfono	Teléfono Celular de Referencia				
Departamento	Zona		Avenida/Calle/Pasaje							

Habilitación de Pagos Suspendidos

Habilitación de Pagos Revertidos

III. DETALLE DE PAGOS NO COBRADOS

PAGOS SUSPENDIDOS			PAGOS REVERTIDOS		
N°	Periodo Suspendido	Monto Suspendido	N°	Periodo Revertido	Monto Revertido

Firma del Solicitante

Firma y sello del Responsable de la AFP/EA

Declaración Jurada de que los datos son correctos