

ANEXO 1

FORMULARIO DE SOLICITUD DE PENSIÓN DE JUBILACIÓN

LUGAR Y FECHA DE RECEPCIÓN

I. DATOS DEL ASEGURADO

CUA		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELLIDO CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
TIPO DOC. IDENT.		N° DOC. IDENTIDAD		COMPL. CI		FECHA DE NACIMIENTO		ESTADO CIVIL		SEXO	
						DÍA MES AÑO				M F	
ENTE GESTOR DE SALUD		MATRICULA DE ASEGURADO		DEPARTAMENTO		PROVINCIA					
CIUDAD		ZONA/ VILLA/BARRIO/SECTOR		DIRECCIÓN				N°			
TELÉFONO/CELULAR		CASILLA POSTAL		CORREO ELECTRÓNICO							
COPIA DOC. IDENT.		CÓD. VER.		CERTIFICADO DE NACIMIENTO				CÓD. VER.			
SI NO				SI NO		ORIGINAL COPIA					

II. DATOS LABORALES DEL ASEGURADO

DEPENDIENTE		INDEPENDIENTE		NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL EMPLEADOR				FECHA INI. REL. LAB.			OCUPACIÓN	
								DÍA MES AÑO				
DEPARTAMENTO		PROVINCIA		CIUDAD				ZONA/VILLA/BARRIO/SECTOR				
DIRECCIÓN				N°		TELÉFONO/CELULAR		CORREO ELECTRÓNICO		CASILLA POSTAL		

III. DATOS DEL SOLICITANTE (LLENAR SOLO SI ES DIFERENTE DEL ASEGURADO)

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELLIDO CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE					
TIPO DOC. IDENT.		N° DOC. IDENTIDAD		COMPL. CI		PARENTESCO		SEXO		TELÉFONO/CELULAR			
								M F					
DEPARTAMENTO		PROVINCIA		CIUDAD		ZONA/VILLA/BARRIO/SECTOR							
DIRECCIÓN						N°		CORREO ELECTRÓNICO		CASILLA POSTAL			
COPIA DOC. IDENT.		CÓD. VER.		N° DE PODER		N° DE NOTARIA		NOMBRE DEL NOTARIO		FECHA DE REVISIÓN		VALIDACIÓN	
NO										DÍA MES AÑO		APROB RCH	

IV. DERECHOHABIENTES

PRIMER GRADO												
CÓNYUGE		CONVIVIENTE		N° HIJOS VIVOS		N° HIJOS FALLECIDOS						
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELLIDO CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE				
TIPO DOC. IDENT.		N° DOC. IDENTIDAD		COMPL. CI		PARENTESCO		SEXO		FECHA DE NACIMIENTO		
								M F		DÍA MES AÑO		

COPIA DOC. IDENT.		CÓD. VER.	CERTIFICADO DE NACIMIENTO				CÓD. VER.	CERTIFICADO DE MATRIMONIO				COD. VER	
SI	NO		SI	NO	ORIGINAL	COPIA		SI	NO	ORIGINAL	COPIA		
TESTIMONIO DE CONVIVENCIA			CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN				CÓD. VER.		FECHA DE FALLECIMIENTO				
SI	NO		SI	NO	ORIGINAL	COPIA			DÍA		MES	AÑO	

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO			APELLIDO CASADA			PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE				
TIPO DOC. IDENT.		N° DOC. IDENTIDAD		COMPL. CI	PARENTESCO		SEXO		FECHA DE NACIMIENTO			INVÁLIDO			
							M	F	DÍA		MES	AÑO			
												SI	NO		
COPIA DOC. IDENT.		CÓD. VER.	CERTIFICADO DE NACIMIENTO			CÓD. VER.	CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN			CÓD. VER.	FECHA DE FALLECIMIENTO				
SI	NO		SI	NO	ORIGINAL	COPIA		SI	NO	ORIGINAL	COPIA		DÍA	MES	AÑO

SEGUNDO GRADO													
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO			APELLIDO CASADA			PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE		
TIPO DOC. IDENT.		N° DOC. IDENTIDAD		COMPL. CI	PARENTESCO		SEXO		FECHA DE NACIMIENTO				
							M	F	DÍA		MES	AÑO	
COPIA DOC. IDENT.		CÓD. VER.			CERTIFICADO DE NACIMIENTO			CÓD. VER.	EXCLUIR				
SI	NO				SI	NO	ORIGINAL	COPIA			SI	NO	

TERCER GRADO													
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO			APELLIDO CASADA			PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE		
TIPO DOC. IDENT.		N° DOC. IDENTIDAD		COMPL. CI	PARENTESCO		SEXO		FECHA DE NACIMIENTO				
							M	F	DÍA		MES	AÑO	
COPIA DOC. IDENT.		CÓD. VER.			CERTIFICADO DE NACIMIENTO			CÓD. VER.	% ASIGNACIÓN				
SI	NO				SI	NO	ORIGINAL	COPIA					

AVISO LEGAL

- Si el Asegurado no cumple con los requisitos para acceder a Prestación de Vejez o Solidaria de Vejez la Gestora rechazará el presente trámite.
- El solicitante que hubiera entregado los documentos de acreditación en fotocopia, será notificado por escrito cuando existan observaciones a los mismos, para que en un plazo de DOCE (12) meses de la fecha de solicitud consignada en el presente formulario, rectifique las mismas y/o presente los documentos en original. De no regularizar las observaciones y/o presentar los documentos requeridos en el plazo señalado, la Gestora anulará el presente trámite, pudiendo el Asegurado presentar una nueva solicitud en cualquier momento.
- En el evento, que el Poder de inicio trámite no cumpla las condiciones legales y fuera observado por la Gestora en su proceso de validación, este trámite será anulado.

EL SOLICITANTE DEBE RETORNAR A LA GESTORA A PARTIR DE FECHA

Entre tanto el Solicitante no se presente en la Gestora a partir de la fecha indicada, para notificarse con los resultados de la verificación de los documentos y Estado de Ahorro Previsional, su trámite no podrá ser completado

FIRMA DEL ASEGURADO O SOLICITANTE		FIRMA DE RECEPCIÓN RESPONSABLE DE GESTORA	

SOLICITUD DE PENSIÓN POR INVALIDEZ

LUGAR Y FECHA DE RECEPCIÓN

N°

I. DATOS DEL ASEGURADO

CUA	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	APELLIDO CASADA		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	
TIPO DOC. IDENT.	N° DOC. IDENTIDAD	COMPL. CI	FECHA DE NACIMIENTO		ESTADO CIVIL		SEXO
			DÍA	MES	AÑO		
						M	F
ENTE GESTOR DE SALUD		MATRÍCULA DE ASEGURADO		DEPARTAMENTO		PROVINCIA	
CIUDAD	ZONA/VILLA/BARRIO/SECTOR		DIRECCIÓN				N°
TELÉFONO/CELULAR	CASILLA POSTAL	CORREO ELECTRÓNICO	COPIA DOC. IDENT.		CÓD. VER.	CERTIFICADO DE NACIMIENTO	
			SI	NO		SI	NO
						ORIGIN AL	COPIA

II. DATOS LABORALES DEL ASEGURADO

DEPENDIENTE	INDEPENDIENTE	NOMBRES, APELLIDOS / RAZÓN SOCIAL DEL EMPLEADOR		FECHA INICIO REL. LAB.		OCUPACIÓN
				DÍA	MES	AÑO
DEPARTAMENTO	PROVINCIA	CIUDAD	ZONA/VILLA/BARRIO/SECTOR			
DIRECCIÓN		N°	TELÉFONO/CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO		CASILLA POSTAL

III. DATOS DEL SOLICITANTE (LLENAR SOLO SI ES DIFERENTE DEL ASEGURADO)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	APELLIDO CASADA		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	
TIPO DOC. IDENT.	N° DOC. IDENTIDAD	COMPL. CI	PARENTESCO	SEXO		TELÉFONO/CELULAR
				M	F	
DEPARTAMENTO	PROVINCIA	CIUDAD	ZONA/VILLA/BARRIO/SECTOR			
DIRECCIÓN		N°	CORREO ELECTRÓNICO		CASILLA POSTAL	
COPIA DOC. IDENT.	CÓD. VER.	N° DE NOTARIA	NOMBRE DEL NOTARIO	FECHA DE REVISIÓN		VALIDACIÓN
SI	NO			DÍA	MES	AÑO
						APROB. RCH.

IV. DERECHOHABIENTES

TABLA DE CLAVES	CLAVE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	APELLIDO CASADA	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	N° DOC. IDENT.	FECHA NACIMIENTO
60= ESPOSA								
51= CONVIVIENTE								
02 AL 09 = HIJOS								
52 AL 59 = HIJAS								
10 AL 15 = HERMANOS								
80 AL 85 = HERMANAS								
16 = PADRE								
66 = MADRE								

V. DOCUMENTACIÓN TÉCNICO MÉDICA

Cantidad	Descripción del Documento	Original	Copia

AVISO LEGAL

- 1. Si el Asegurado no cumple con los requisitos para acceder a Prestación de Invalidez, la Gestora rechazará el presente trámite.
- 2. El solicitante que hubiera entregado los documentos de acreditación en fotocopia, será notificado por escrito cuando existan observaciones a los mismos, para que en un plazo de DOCE (12) meses de la fecha de solicitud consignada en el presente formulario, rectifique las mismas y/o presente los documentos en original. De no regularizar las observaciones y/o presentar los documentos requeridos en el plazo señalado, la Gestora anulará el presente trámite, pudiendo el Asegurado presentar una nueva solicitud en cualquier momento.
- 3. En el evento, que el Poder de inicio trámite no cumpla las condiciones legales y fuera observado por la Gestora en su proceso de validación, este trámite será anulado.

EL SOLICITANTE DEBE RETORNAR A LA GESTORA A PARTIR DE FECHA

Entre tanto el Solicitante no se presente en la Gestora a partir de la fecha indicada, para notificarse con los resultados de la verificación de los documentos y Estado de Ahorro Previsional, su trámite no podrá ser completado.

FIRMA DEL ASEGURADO O SOLICITANTE	FIRMA DE RECEPCIÓN RESPONSABLE DE GESTORA

SOLICITUD DE PENSIÓN POR MUERTE

LUGAR Y FECHA DE RECEPCIÓN

I. DATOS DEL ASEGURADO FALLECIDO																	
CUA		PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO				APELLIDO CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE				
TIPO DOC. IDENT.		N° DOC. IDENTIDAD			COMPL. CI		FECHA DE NACIMIENTO			ESTADO CIVIL		SEXO					
							DÍA MES AÑO					M F					
ENTE GESTOR DE SALUD					MATRICULA DE ASEGURADO												
COPIA DOC. IDENT.		CÓD. VER.	CERTIFICADO DE NACIMIENTO				CÓD. VER.	CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN				CÓD. VER.	FECHA DE FALLECIMIENTO				
SI NO			SI	NO	ORIGIN AL		COPI A		SI	NO	ORIGIN AL		COPI A		DÍA MES AÑO		

II. DATOS LABORALES DEL ASEGURADO FALLECIDO											
DEPENDIE NTE		INDEPENDIENTE		NOMBRES Y APELLIDOS / RAZÓN SOCIAL DEL EMPLEADOR				FECHA INICIO REL. LAB.		OCUPACIÓN	
								DÍA MES AÑO			
DEPARTAMENTO		PROVINCIA		CIUDAD				ZONA/VILLA/BARRIO/SECTOR			
DIRECCIÓN		N°		TELÉFONO/CELULAR				CORREO ELECTRÓNICO		CASILLA POSTAL	

III. DATOS DEL SOLICITANTE (LLENAR SOLO SI ES DIFERENTE DEL ASEGURADO)														
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELLIDO CASADA				PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE				
TIPO DOC. IDENT.		N° DOC. IDENTIDAD		COMPL. CI		PARENTESCO			SEXO		TELÉFONO/CELULAR			
									M F					
DEPARTAMENTO		PROVINCIA		CIUDAD				ZONA/VILLA/BARRIO/SECTOR						
DIRECCIÓN		N°		CORREO ELECTRÓNICO				CASILLA POSTAL						
COPIA DOC. IDENT.		COD. VER.	TEST. TUTORÍA		N° DE PODER		N° DE NOTARÍA		NOMBRE DEL NOTARIO		FECHA DE REVISIÓN		VALIDACIÓN	
SI NO			SI	NO							DÍA MES AÑO		APR OB. RCH	

IV. DERECHOHABIENTES														
PRIMER GRADO														
CÓNYUGE		CONVIVIENTE		N° HIJOS VIVOS				N° HIJOS FALLECIDOS						
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO			APELLIDO CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE					
TIPO DOC. IDENT.		N° DOC. IDENTIDAD		COMPL. CI		PARENTESCO			SEXO		FECHA DE NACIMIENTO			
									M F		DÍA MES AÑO			
COPIA DOC. IDENT.		COD. VER	CERTIFICADO DE NACIMIENTO				COD. VER	CERTIFICADO DE MATRIMONIO				COD. VER		
SI NO			SI	NO	ORIGINAL		COPIA		SI	NO	ORIGINAL		COPIA	
TESTIMONIO DE CONVIVENCIA														
SI		NO												
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO			APELLIDO CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE					

TIPO DOC. IDENT.		N° DOC. IDENTIDAD		COMPL. CI		PARENTESCO		SEXO			FECHA DE NACIMIENTO			INVÁLIDO			
								M		F		DÍA	MES	AÑO			
															SI		NO
COPIA DOC. IDENT.		CÓD. VER		CERTIFICADO DE NACIMIENTO				COD. VER.									
SI	NO			SI	NO	ORIGIN AL	COPIA										

SEGUNDO GRADO																		
PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO			APELLIDO CASADA			PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE						
TIPO DOC. IDENT.		N° DOC. IDENTIDAD		COMPL. CI		PARENTESCO		SEXO			FECHA DE NACIMIENTO			EXCLUIR				
											DÍA			MES	AÑO	SI	NO	
								M				F						
COPIA DOC. IDENT.			CÓD. VER.			CERTIFICADO DE NACIMIENTO						CÓD. VER.						
SI		NO					SI		NO		ORIGIN AL		COPIA					

AVISO LEGAL

1. Si el Asegurado no cumple requisitos para sus Derechohabientes accedan a Pensión por Muerte derivada de Vejez, de Solidaria de Vejez y de Riesgos la Gestora rechazará el presente trámite.

2. El solicitante que hubiera entregado los documentos de acreditación en fotocopia, será notificado por escrito cuando existan observaciones a los mismos, para que en un plazo de DOCE (12) meses de la fecha de solicitud consignada en el presente formulario, rectifique las mismas y/o presente los documentos en original. De no regularizar las observaciones y/o presentar los documentos requeridos en el plazo señalado, la Gestora anulará el presente trámite, pudiendo el Solicitante presentar una nueva solicitud en cualquier momento.

3. En el evento, que el Poder o Test. de Tutoría de inicio no cumpla las condiciones legales y fuera observado por la Gestora en su proceso de validación, este trámite será anulado.

EL SOLICITANTE DEBE RETORNAR A LA GESTORA A PARTIR DE FECHA

Entre tanto el Solicitante no se presente en la Gestora a partir de la fecha indicada, para notificarse con los resultados de la verificación de los documentos y Estado de Ahorro Previsional, su trámite no podrá ser completado.

FIRMA DEL ASEGURADO O SOLICITANTE	FIRMA DE RECEPCIÓN RESPONSABLE DE GESTORA

LUGAR Y FECHA DE RECEPCIÓN

SOLICITUD DE GASTOS FUNERARIOS

I. DATOS DEL ASEGURADO FALLECIDO

CUA		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELLIDO CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
TIPO DOC. IDENT.		N° DOC. IDENTIDAD		COMPL. CI		FECHA DE NACIMIENTO		ESTADO CIVIL		SEXO	
						DÍA MES AÑO					
COPIA DOC. IDENT.		CÓD. VER.		CERTIFICADO DE NACIMIENTO		CÓD. VER.		CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN		M CÓD. VER.	
SI NO				SI NO ORIGINAL COPIA				SI NO ORIGINAL COPIA		F FECHA DE FALLECIMIENTO	
										DÍA MES AÑO	

II. DATOS DEL SOLICITANTE

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELLIDO CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
TIPO DOC. IDENT.		N° DOC. IDENTIDAD		COMPL. CI		PARENTESCO		SEXO	
						M F		TELÉFONO/CELULAR	
DEPARTAMENTO		PROVINCIA		CIUDAD		ZONA/VILLA/BARRIO/SECTOR			
DIRECCIÓN				N°		CORREO ELECTRÓNICO			CASILLA POSTAL
COPIA DOC. IDENT.		CÓD. VER.		TEST. TUTORÍA		N° DE PODER		N° DE NOTARIA	
SI NO				SI NO				NOMBRE DEL NOTARIO	
								FECHA DE REVISIÓN	
								DÍA MES AÑO	
FACTURA		CÓD. VER.		RECIBO		CÓD. VER.		VALIDACIÓN	
SI NO				SI NO				APROB. RCH.	

III. TESTIGOS (PARA SOLICITUDES PRESENTADAS DENTRO DE LOS PRIMEROS 6 MESES Y SOLO EN CASO DE PRESENTAR RECIBO)

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELLIDO CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		FECHA DE NACIMIENTO	
										DÍA MES AÑO	
TIPO DOC. IDENT.		N° DOC. IDENTIDAD		COMPL. CI		FACTURA		RECIBO		TELÉFONO/CELULAR	
						SI NO		SI NO		SEXO	
										M F	
CIUDAD		ZONA/VILLA/BARRIO/SECTOR		DIRECCIÓN						N°	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELLIDO CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		FECHA DE NACIMIENTO	
										DÍA MES AÑO	
TIPO DOC. IDENT.		N° DOC. IDENTIDAD		COMPL. CI		FACTURA		RECIBO		TELÉFONO/CELULAR	
						SI NO		SI NO		SEXO	
										M F	
CIUDAD		ZONA/VILLA/BARRIO/SECTOR		DIRECCIÓN						N°	

AVISO LEGAL

- El solicitante que hubiera entregado los documentos de acreditación en fotocopia, será notificado por escrito cuando existan observaciones a los mismos, para que en un plazo de DOCE (12) meses de la fecha de solicitud consignada en el presente formulario, rectifique las mismas y/o presente los documentos en original. De no regularizar las observaciones y/o presentar los documentos requeridos en el plazo señalado, la Gestora anulará el presente trámite, pudiendo el Solicitante presentar una nueva solicitud en cualquier momento.
- En el evento, que el Poder o Test. de Tutoría de inicio no cumpla las condiciones legales y fuera observado por la Gestora en su proceso de validación, este trámite será anulado.

EL SOLICITANTE DEBE RETORNAR A LA GESTORA A PARTIR DE FECHA:

Entre tanto el Solicitante no se presente en la Gestora a partir de la fecha indicada, para notificarse con los resultados de la verificación de los documentos y Estado de Ahorro Previsional, su trámite no podrá ser completado.

FIRMA DEL ASEGURADO O SOLICITANTE

FIRMA DE RECEPCIÓN RESPONSABLE DE GESTORA

LUGAR Y FECHA DE RECEPCIÓN

FORMULARIO DE SOLICITUD DE CCM

N°

I. DATOS DEL ASEGURADO																	
CUA/NRF		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO				APELLIDO CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE					
TIPO DOC. IDENT.		N° DOC. IDENTIDAD		COMPL. CI		FECHA DE NACIMIENTO				ESTADO CIVIL		SEXO					
						DÍA MES AÑO						M F					
ENTE GESTOR DE SALUD		MATRICULA DE ASEGURADO				DEPARTAMENTO				PROVINCIA							
CIUDAD		ZONA/ VILLA/BARRIO/SECTOR				DIRECCIÓN				N°							
TELEFONO/CELULAR		CASILLA POSTAL				CORREO ELECTRÓNICO											
COPIA DOC. IDENT.		CÓD. VER.		CERTIFICADO DE NACIMIENTO				CÓD. VER.		CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN				CÓD VER		FECHA DE FALLECIMIENTO	
SI NO				SI NO		ORIGIN AL COPI A				SI NO		ORIGIN AL COPI A				DÍA MES AÑO	
II. DATOS LABORALES DEL ASEGURADO																	

DEPENDIE NTE		INDEPENDIENTE		NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL EMPLEADOR				FECHA INICIO REL. LAB.			OCUPACIÓN				
								DÍA MES AÑO							
DEPARTAMENTO		PROVINCIA		CIUDAD				ZONA/VILLA/BARRIO/SECTOR							
DIRECCIÓN		N°		TELÉFONO/CELULAR		CORREO ELECTRÓNICO		CASILLA POSTAL							
III. DATOS DEL SOLICITANTE (LLENAR SOLO SI ES DIFERENTE DEL ASEGURADO)															
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELLIDO CASADA				PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE					
TIPO DOC. IDENT.		N° DOC. IDENTIDAD		COMPL. CI		PARENTESCO		SEXO		TELÉFONO/CELULAR					
								M F							
DEPARTAMENTO		PROVINCIA		CIUDAD		ZONA/VILLA/BARRIO/SECTOR									
DIRECCIÓN		N°		CORREO ELECTRÓNICO		CASILLA POSTAL									
COPIA DOC. IDENT.		COD. VER.		TEST. TUTORÍA		N° DE PODER		N° DE NOTARIA		NOMBRE DEL NOTARIO		FECHA DE REVISIÓN		VALIDACIÓ N	
SI NO				SI NO								DÍA MES AÑO		APR OB. RC H.	

IV. DERECHOHABIENTES																	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELLIDO CASADA				PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE							
TIPO DOC. IDENT.		N° DOC. IDENTIDAD		COMPL. CI		PARENTESCO		SEXO		FECHA DE NACIMIENTO							
								M F		DÍA MES AÑO							
COPIA DOC. IDENT.		CÓD. VER.		CERTIFICADO DE NACIMIENTO				COD. VER.		CERTIFICADO DE MATRIMONIO				COD. VER.		TESTIMONIO DE CONVIVENCIA	
SI NO				SI NO		ORIGI NAL COPI A				SI NO		ORIGIN AL COPI A				SI NO	

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELLIDO CASADA				PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE			
TIPO DOC. IDENT.		N° DOC. IDENTIDAD		COMPL. CI		PARENTESCO		SEXO		FECHA DE NACIMIENTO			
								M F		DÍA MES AÑO			

COPIA DOC. IDENT.		CÓD. VER.	CERTIFICADO DE NACIMIENTO				CÓD. VER.	INVÁLIDO			
SI	NO		SI	NO	ORIGIN AL	COPIA		SI		NO	

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELLIDO CASADA	PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE				
TIPO DOC. IDENT.	N° DOC. IDENTIDAD	COMPL. CI	PARENTESCO	SEXO			FECHA DE NACIMIENTO				
				M	F		DÍA	MES	AÑO		
COPIA DOC. IDENT.		CÓD. VER.	CERTIFICADO DE NACIMIENTO				CÓD. VER.	INVÁLIDO			
SI	NO		SI	NO	ORIGIN AL	COPIA		SI		NO	

AVISO LEGAL

1. Si el Asegurado no cumple con los requisitos para acceder a Pago de CCM, la Gestora rechazará el presente trámite.

2. Si el Solicitante que hubiere entregado los documentos de acreditación en fotocopia será notificado por escrito cuando existan observaciones a los mismos, para que en un plazo de DOCE (12) meses de la fecha de solicitud consignada en el presente formulario, rectifique las mismas y/o presente los documentos en original. De no regularizar las observaciones y/o presentar los documentos requeridos en el plazo señalado, la Gestora anulará el presente trámite, pudiendo el Solicitante presentar una nueva solicitud en cualquier momento.

3. En el evento, que el Poder o Test. de Tutoría de inicio no cumpla las condiciones legales y fuera observado por la Gestora en su proceso de validación, este trámite será anulado.

EL SOLICITANTE DEBE RETORNAR A LA GESTORA A PARTIR DE FECHA

Entre tanto el Solicitante no se presente en la Gestora a partir de la fecha indicada, para notificarse con los resultados de la verificación de los documentos y Estado de Ahorro Previsional, su trámite no podrá ser completado.

FIRMA DEL ASEGURADO O SOLICITANTE	FIRMA DE RECEPCIÓN RESPONSABLE DE GESTORA

COPIA DOC. IDENT.		CÓD. VER.	CERTIFICADO DE NACIMIENTO				CÓD. VER.	CERTIFICADO DE MATRIMONIO				CÓD. VER.	TESTIMONIO DE CONVIVENCIA		
SI	NO		SI	NO	ORIGINAL	COPIA		SI	NO	ORIGINAL	COPIA		SI		NO
PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO			APELLIDO CASADA		PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE				
TIPO DOC. IDENT.		N° DOC. IDENTIDAD		COMPL. CI		PARENTESCO						SEXO			
COPIA DOC. IDENT.		CÓD. VER.		CERTIFICADO DE NACIMIENTO				CÓD. VER.		FECHA DE NACIMIENTO					
SI	NO			SI	NO	ORIGINAL	COPIA			DÍA	MES	AÑO			

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELLIDO CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE					
TIPO DOC. IDENT.		N° DOC. IDENTIDAD		COMPL. CI		PARENTESCO				SEXO			
COPIA DOC. IDENT.		CÓD. VER.		CERTIFICADO DE NACIMIENTO				CÓD. VER.		FECHA DE NACIMIENTO			
SI	NO			SI	NO	ORIGIN AL	COPI A			DÍA	MES	AÑO	

VI. CUENTA PERSONAL PREVISIONAL

TIENE COMPENSACIÓN DE COTIZACIONES (CC)

☐ SI ☐ NO

MONTO CC

FECHA DE INICIO DE COTIZACIÓN AL SSO/SIP

DÍA MES AÑO

N° DE CUOTAS CORRESPONDIENTES AL SALDO ACUMULADO:

A

VALOR CUOTA A LA FECHA DEL DÍA ANTERIOR A LA RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD:

B

SALDO ACUMULADO EN LA CUENTA PERSONAL PREVISIONAL EN BOLIVIANOS.

AXB

AVISO LEGAL

1. Si el Asegurado no cumple con los requisitos para acceder Retiros Mínimos/Retiro Final, la Gestora rechazará el presente trámite.

2. Si el Solicitante que hubiere entregado los documentos de acreditación en fotocopia, será notificado por escrito cuando existan observaciones a los mismos, para que en un plazo de DOCE (12) meses de la fecha de solicitud consignada en el presente formulario, rectifique las mismas y/o presente los documentos en original. De no regularizar las observaciones y/o presentar los documentos requeridos en el plazo señalado, la Gestora anulará el presente trámite, pudiendo el Solicitante presentar una nueva solicitud en cualquier momento.

3. En el evento, que el Poder o Test. de Tutoría de inicio de trámite no cumpla las condiciones legales y fuera observado por la Gestora en su proceso de validación, este trámite será anulado.

EL SOLICITANTE DEBE RETORNAR A LA GESTORA A PARTIR DE FECHA

Entre tanto el Solicitante no se presente en la Gestora a partir de la fecha indicada, para notificarse con los resultados de la verificación de los documentos y Estado de Ahorro Previsional, su trámite no podrá ser completado.

FIRMA DEL SOLICITANTE	FIRMA DE RECEPCIÓN RESPONSABLE DE GESTORA

FORMULARIO DE SOLICITUD DE MASA HEREDITARIA

LUGAR Y FECHA DE RECEPCIÓN

N°

TIPO DE MASA HEREDITARIA:

CUENTA PERSONAL PREVISIONAL ☐ PENSIONES NO COBRADAS ASEGURADO FALLECIDO ☐ PENSIONES NO COBRADAS

DERECHOHABIENTE FALLECIDO ☐

I. DATOS DEL ASEGURADO FALLECIDO																		
CUA		PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO			APELLIDO CASADA		PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE					
TIPO DOC. IDENT.		N° DOC. IDENTIDAD			COMPL. CI		FECHA DE NACIMIENTO			ESTADO CIVIL			SEXO					
							DÍA MES AÑO						M F					
COPIA DOC. IDENT.		CÓD. VER.	CERTIFICADO DE NACIMIENTO				CÓD. VER.	CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN				CÓD. VER.	FECHA DE FALLECIMIENTO					
SI NO			SI NO		ORIGI NAL		COPIA			SI NO		ORIGI NAL		COPI A			DÍA MES AÑO	

I. DATOS DEL DERECHOHABIENTE FALLECIDO																		
CUA		PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO			APELLIDO CASADA		PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE					
TIPO DOC. IDENT.		N° DOC. IDENTIDAD			COMPL. CI		FECHA DE NACIMIENTO			ESTADO CIVIL			SEXO					
							DÍA MES AÑO						M F					
COPIA DOC. IDENT.		CÓD. VER.	CERTIFICADO DE NACIMIENTO				CÓD. VER.	CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN				CÓD. VER.	FECHA DE FALLECIMIENTO					
SI NO			SI NO		ORIGIN AL		COPIA			SI NO		ORIGI NAL		COPIA			DÍA MES AÑO	

III. DATOS DEL SOLICITANTE																	
PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO			APELLIDO CASADA			PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE					
TIPO DOC. IDENT.			N° DOC. IDENTIDAD			COMPL. CI		PARENTESCO			SEXO			TELÉFONO/CELULAR			
											M F						
DEPARTAMENTO			PROVINCIA			CIUDAD			ZONA/VILLA/BARRIO/SECTOR								
DIRECCIÓN						N°			CORREO ELECTRÓNICO				CASILLA POSTAL				
COPIA DOC. IDENT.			COD. VER.	TEST. TUTORÍA		DEC-DE HEREDEROS		N° DE PODER		N° DE NOTARÍA		NOMBRE DEL NOTARIO		FECHA DE REVISIÓN		VALIDACIÓN	
SI NO			SI NO		SI NO								DÍA MES AÑO		APR OB. RC H.		

IV. DATOS GENERALES DE LOS HEREDEROS																		
N° DE PARTIDA DE DECLARATORIA DE HEREDEROS																		
PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO			APELLIDO CASADA			PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE						
TIPO DOC. IDENT.			N° DOC. IDENTIDAD			COMPL. CI		PARENTESCO			SEXO			TELÉFONO/CELULAR				
											M F							
DEPARTAMENTO			PROVINCIA			CIUDAD			ZONA/VILLA/BARRIO/SECTOR									
DIRECCIÓN						N°			CORREO ELECTRÓNICO				CASILLA POSTAL					
COPIA DOC. IDENT.			CÓD. VER.	CERTIFICADO DE NACIMIENTO				CÓD. VER.	CERTIFICADO DE MATRIMONIO				CÓD. VER.	TESTIMONIO DE CONVIVENCIA				
SI NO			SI NO		ORIGI NAL		COPI A			SI NO		ORIGI NAL		COPIA			SI NO	

N° DE PARTIDA DE DECLARATORIA DE HEREDEROS															
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELLIDO CASADA			PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE					
TIPO DOC. IDENT.				N° DOC. IDENTIDAD		COMPL. CI		PARENTESCO			SEXO			TELÉFONO/CELULAR	
											M		F		
DEPARTAMENT O		PROVINCIA		CIUDAD			ZONA/VILLA/BARRIO/SECTOR								
DIRECCIÓN						N°			CORREO ELECTRÓNICO			CASILLA POSTAL			
COPIA DOC. IDENT.		CÓD. VER.	CERTIFICADO DE NACIMIENTO				CÓD. VER.								
SI	NO		SI	NO	ORIGI NAL	COPI A									

AVISO LEGAL

1. Si el Solicitante que hubiere entregado los documentos de acreditación en fotocopia, será notificado por escrito cuando existan observaciones a los mismos, para que en un plazo de DOCE (12) meses de la fecha de solicitud consignada en el presente formulario, rectifique las mismas y/o presente los documentos en original. De no regularizar las observaciones y/o presentar los documentos requeridos en el plazo señalado, la Gestora anulará el presente trámite, pudiendo el Solicitante presentar una nueva solicitud en cualquier momento.

2. En el evento, que el Poder o Test. de Tutoría de inicio no cumpla las condiciones legales y fuera observado por la Gestora en su proceso de validación, este trámite será anulado.

EL SOLICITANTE DEBE RETORNAR A LA GESTORA A PARTIR DE FECHA

Entre tanto el Solicitante no se presente en la Gestora a partir de la fecha indicada, para notificarse con los resultados de la verificación de los documentos y Estado de Ahorro Previsional, su trámite no podrá ser completado.

FIRMA DEL HEREDERO 1. (NOMBRE Y APELLIDOS DEL HEREDERO)		FIRMA DEL HEREDERO 2. (NOMBRE Y APELLIDOS DEL HEREDERO)	
FIRMA DE HEREDERO 3. (NOMBRE Y APELLIDOS DEL HEREDERO)		FIRMA DE RECEPCIÓN RESPONSABLE DE GESTORA	

ANEXO 3

CÓDIGOS DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
E0	Documento sin observación
E1	Se presentó sólo fotocopia del documento de identidad y en el Registro del OEP existe inscrita más de una partida con la información declarada.
E2	La información de la partida inscrita en el Registro de la OEP no coincide plenamente con la información del documento presentado.
E3	La partida inscrita en el Registro del OEP está cancelada.
E4	No existe partida inscrita en el Registro de la OEP que respalde la información del documento presentado o de la declaración realizada.
E5	La información de Vivencia/Fallecimiento declarada en el Formulario de Solicitud no se encuentra respaldada por el Registro del OEP.
E6	Fotocopia del documento no legible.
E7	Otro.

DECLARACIÓN SOBRE DOBLE PERCEPCIÓN

Yo Asegurado(a), _____ con CUA _____ y _____ (Tipo Doc. Id.) N.º _____ que en fecha _____ he presentado solicitud de jubilación, misma que ha concluido con la Firma de una

Declaración/Convenio de Pensión en fecha _____, declaro que:

☐ A la fecha, de trabajo en la empresa _____, que es ☐ Pública

☐ He concluido mi última relación de Dependencia Laboral en fecha _____ ☐ Privada

Notificación:

Conforme lo señalado en el artículo 53 de la Ley N° 065 de 10 de diciembre de 2010, los Asegurados que cuenten con una Pensión o Pago donde uno de sus componentes sea la Compensación de Cotizaciones Mensual (CC), y continúen realizando una actividad laboral financiada con recursos públicos, deberán solicitar la suspensión temporal del componente de CCM, a objeto de no incurrir en Doble Percepción.

Los Asegurados con Pensión Solidaria de Vejez que continúen realizando una actividad laboral en el sector público o privado, deberán solicitar la suspensión temporal de sus Fracción Solidaria, a objeto de no incurrir en Doble Percepción.

Lugar y Fecha: _____

FIRMA DEL ASEGURADO	FIRMA DE RECEPCIÓN RESPONSABLE DE GESTORA

ANEXO 5
FORMULARIO DE REPOSICIÓN DE RETIROS

LUGAR Y FECHA DE RECEPCIÓN

N°

I. DATOS DEL ASEGURADO

CUA	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	APELLIDO CASADA	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOC. IDENT.	N° DOC. IDENTIDAD	COMPL. CI	FECHA DE NACIMIENTO		ESTADO CIVIL
			DÍA	MES	AÑO
					M F
ENTE GESTOR DE SALUD	MATRICULA DE ASEGURADO	DEPARTAMENTO			PROVINCIA
CIUDAD	ZONA/ VILLA/BARRIO/SECTOR	DIRECCIÓN			N°
TELÉFONO/CELULAR	CASILLA POSTAL	CORREO ELECTRÓNICO			

II. DATOS DEL SOLICITANTE (LLENAR SOLO SI ES DIFERENTE DEL ASEGURADO)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	APELLIDO CASADA	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOC. IDENT.	N° DOC. IDENTIDAD	COMPL. CI	PARENTESCO	SEXO
				M F
DEPARTAMENTO	PROVINCIA	CIUDAD	ZONA/VILLA/BARRIO/SECTOR	CASILLA POSTAL
DIRECCIÓN		N°	CORREO ELECTRÓNICO	

III. IDENTIFICACIÓN DE PERIODOS RETIRADOS

N°	PERIODO	N° DE CUOTAS RETIRADAS	FECHA DE RETIRO	MODALIDAD DE RETIRO
TOTAL CUOTAS RETIRADAS POR CONCEPTO DE COTIZACIONES MENSUALES OBLIGATORIAS				

IV. PERIODOS A SER REPUESTOS

N°	PERIODO	N° CUOTAS A REPONERSE

TOTAL CUOTAS A REPONER

MONTO A REPONER EN BOLIVIANOS

A VALOR CUOTA DE FECHA: _____

AVISO LEGAL

Monto de reposición en Bolivianos señalado en el numeral IV. Anterior, tiene vigencia de un (1) día hábil administrativo, hasta el día.....dede.....

De no efectuarse la reposición en el plazo señalado, el Solicitante deberá apersonarse nuevamente por la Gestora par la actualización del monto a reponerse en Bolivianos.

FIRMA DEL ASEGURADO O SOLICITANTE	FIRMA DE RECEPCIÓN RESPONSABLE DE GESTORA

LUGAR Y FECHA DE RECEPCIÓN

CUA	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		APELLIDO CASADA		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE				
TIPO DOC. IDENT.		N° DOC. IDENTIDAD		COMPL. CI	FECHA DE NACIMIENTO		ESTADO CIVIL		SEXO		
					DÍA	MES	AÑO			M	F
ENTE GESTOR DE SALUD		MATRICULA DE ASEGURADO		DEPARTAMENTO				PROVINCIA			
CIUDAD		ZONA/ VILLA/BARRIO/SECTOR			DIRECCIÓN					N°	
TELEFONO/CELULAR		CASILLA POSTAL		CORREO ELECTRÓNICO		EDAD A FECHA SOLICITUD		SECTOR			
								MINERO			OTRO

MONTO DE CERTIFICADO DE CCM (Bs.)	DENSIDA DE APORTES SISTEMA REPARTO (A)	TIPO DE CAMBIO (CONSIGNADO EN CERTIFICADO DE CCM)	TIPO DE CAMBIO (A FECHA DE SOLICITUD)	CC ACTUALIZADA (Bs.)

FECHA DE SOLICITUD			SALDO ACUMULADO EN CPP (Bs.)	SALDO ACUMULADO EN CPP (N° CUOTAS)	VALOR CUOTA (A FECHA DE SOLICITUD)
DÍA	MES	AÑO			
			SOLO PARA ASEGURADAS		DENSIDAD DE APORTES (A+B+C)
DENSIDAD DE APORTES SSO/SIP (B)			N° DE HIJOS NACIDOS VIVOS	DENSIDAD APORTES POR HIJOS NACIDOS VIVOS (C)	

N° DE CERTIFICADO INSALUBRE			N° DE AÑOS DE TRABAJO INSALUBRE			EMPLEADOR			FECHAS	
N° DE CERTIFICADO INSALUBRE			N° DE AÑOS DE TRABAJO INSALUBRE			EMPLEADOR			FECHAS	
N° DE CITE DE DECLARACIÓN JURADA			N° DE AÑOS DE TRABAJO EN EL ÁREA PRODUCTIVA DEL SECTOR MINERO METALÚRGICO			EMPLEADOR			FECHAS	
TOTAL N° AÑOS TRABAJO INSALUBRE COMO MINERO METALURGISTA			TOTAL N° AÑOS TRABAJO INSALUBRE COMO MINERO COOPERATIVISTA				LÍMITES SOLIDARIOS P/MINEROS			
AÑOS	MESES	DÍAS	AÑOS	MESES	DÍAS		SI	NO		

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE GESTORA

LUGAR FECHA N°

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELLIDO CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
CUA	TIPO DOC. IDENT.	N° DOC. IDENTIDAD	COMPL. CI	FECHA DE NACIMIENTO			EDAD		
				DÍA	MES	AÑO			

[illegible][illegible]

18									
17									
16									
15									
14									
13									
12									
11									
10									
9									
8									
7									
6									
5									
4									
3									
2									
1									
TOTAL REFERENTE SALARIAL =									

(*) Corresponde señalar el N° de días aportados para los periodos en los que el TG fue mensualizado.

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE GESTORA

FORMULARIO DE COMPARACIÓN DE PENSIONES

LUGAR Y FECHA DE RECEPCIÓN N°

I. DATOS DEL ASEGURADO

CUA	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	APELLIDO CASADA			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOC. IDENT.	N° DOC. IDENTIDAD	COMPL. CI	FECHA DE NACIMIENTO			ESTADO CIVIL	SEXO
			DÍA	MES	AÑO		M F

II. DATOS DEL TRÁMITE

N° DE SOLICITUD	FECHA DE SOLICITUD	REGIONAL
-----------------	--------------------	----------

III. DERECHOHABIENTES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	APELLIDO CASADA	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PARENTESCO	% DE ASIGNACIÓN	
						RIESGOS	VEJEZ/ SOL. VEJEZ

% DE ASIGNACIÓN TOTAL (SUMA DE TODOS LOS DERECHOHABIENTES)

IV. PENSIONES POR MUERTE A LAS QUE PODRÍAN ACCEDER LOS DERECHOHABIENTES

TIPO DE PENSIÓN POR MUERTE	MONTO EN Bs.

V. PENSIÓN POR MUERTE OTORGADA

TIPO DE PENSIÓN POR MUERTE	MONTO EN Bs.

FIRMA DE RECEPCIÓN RESPONSABLE DE GESTORA

FORMULARIO DE HABILITACIÓN / REPOSICIÓN DE PAGOS

LUGAR Y FECHA DE RECEPCIÓN

N°

I. DATOS DEL ASEGURADO															
CUA		PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO			APELLIDO CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE			
TIPO DOC. IDENT.		N° DOC. IDENTIDAD		COMPL. CI		FECHA DE NACIMIENTO			ESTADO CIVIL		SEXO				
						DÍA MES AÑO					M F				
ENTE GESTOR DE SALUD		MATRICULA DE ASEGURADO			DEPARTAMENTO						PROVINCIA				
CIUDAD		ZONA/ VILLA/BARRIO/SECTOR				DIRECCIÓN				N°					
TELÉFONO/CELULAR		CASILLA POSTAL			CORREO ELECTRÓNICO										
II. DATOS DEL SOLICITANTE															
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO			APELLIDO CASADA			PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE					
TIPO DOC. IDENT.		N° DOC. IDENTIDAD		COMPL. CI		PARENTESCO			SEXO		TELÉFONO/ CELULAR				
									M F						
DEPARTAMENTO		PROVINCIA		CIUDAD		ZONA/VILLA/BARRIO/SECTOR									
DIRECCIÓN						N°		CORREO ELECTRÓNICO			CASILLA POSTAL				
COPIA DOC. IDENT.		CÓD. VER.		TUTORÍA		N° DE PODER		N° DE NOTARÍA		NOMBRE DEL NOTARIO		FECHA DE REVISIÓN		VALIDACIÓN	
SI NO				SI NO								DÍA MES AÑO		APROB RCH	
III. DATOS DE LA SOLICITUD															
HABILITACIÓN REPOSICIÓN FRACCIÓN SOLIDARIA CCM PENSIÓN															
IV. DETALLE DE PAGOS NO COBRADOS															
PAGO SUJETOS DE HABILITACIÓN							PAGO SUJETOS DE REPOSICIÓN								
N°	PERIODOS	FRACCIÓN O PENSIÓN (*)		MONTO (Bs)	N°	PERIODOS	FRACCIÓN O PENSIÓN (*)		MONTO (BS)						

(*) DETALLAR LA FRACCIÓN Y/O PENSIÓN QUE CORRESPONDA

En el evento, que el Poder o Test. De Tutoría de inicio de trámite no cumpla las condiciones legales y fuera observado por la Gestora en su proceso de validación, este trámite será anulado.

FIRMA DEL SOLICITANTE		FIRMA DE RECEPCIÓN RESPONSABLE DE GESTORA	

FORMULARIO DE RENUNCIA DE DERECHO DE SOLICITAR REVISIÓN DE DICTAMEN

LUGAR Y FECHA DE RECEPCIÓN

N°

I. DATOS DEL ASEGURADO													
CUA		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO			APELLIDO CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		
TIPO DOC. IDENT.		N° DOC. IDENTIDAD		COMPL. CI		FECHA DE NACIMIENTO			ESTADO CIVIL		SEXO		
						DÍA MES AÑO					M F		
ENTE GESTOR DE SALUD		MATRÍCULA DE ASEGURADO			DEPARTAMENTO						PROVINCIA		
CIUDAD		ZONA/ VILLA/BARRIO/SECTOR			DIRECCIÓN						N°		
TELÉFONO/CELULAR		CASILLA POSTAL			CORREO ELECTRÓNICO								
II. DATOS DEL SOLICITANTE													
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELLIDO CASADA			PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE			
TIPO DOC. IDENT.		N° DOC. IDENTIDAD		COMPL. CI		PARENTESCO			SEXO		TELÉFONO/ CELULAR		
									M F				
DEPARTAMEN TO		PROVINCIA		CIUDAD			ZONA/VILLA/BARRIO/SECTOR						
DIRECCIÓN		N°			CORREO ELECTRÓNICO				CASILLA POSTAL				
COPIA DOC. IDENT.		CÓD. VER.	TEST. TUTORÍ A	N° DE PODER	N° DE NOTARÍA	NOMBRE DEL NOTARIO		FECHA DE REVISIÓN			VALIDACIÓN		
SI NO			SI NO					DÍA MES AÑO			APROB RCH.		
III. DATOS DEL DICTAMEN													
TIPO DE DICTAMEN (INV/FALL)	N° DICTAMEN	FECHA DE EMISIÓN	FECHA NOTIFICACIÓN/ PUBLICACIÓN	FECHA DE SINIESTRO	ORIGEN	CAUSA	PORCENTAJE (%)	TIENE COBERTURA		MONTO PENSIÓN QUE CORRESPONDERÍA			
								SI NO					
IV. RENUNCIA AL DERECHO DE SOLICITAR REVISIÓN DE DICTAMEN													
Habiendo revisado el Dictamen señalado en el numeral III. anterior, y toda vez que me encuentro de acuerdo con lo establecido en el mismo y con la fecha de siniestro (invalidéz o fallecimiento) determinada, renuncio a mi derecho a pedir Revisión de Dictamen, por lo que de no contar la Gestora con una solicitud de revisión anterior y no ser parte del control concurrente, en el marco del artículo 154 del Reglamento del Decreto Supremo N° 0822/2011, solicito que el citado dictamen quede ejecutoriado a partir de la fecha de entrega y suscripción del presente formulario. RENUNCIO A MI DERECHO A PEDIR REVISIÓN DE DICTAMEN En el evento que el Poder o Test. de Tutoría de inicio de trámite no cumpla las condiciones legales y fuera observado por la Gestora en su proceso de validación, este trámite será anulado.													
FIRMA DEL ASEGURADO O SOLICITANTE							FIRMA DE RECEPCIÓN RESPONSABLE DE GESTORA						

LUGAR Y FECHA DE RECEPCIÓN N°

En el evento de que el Poder o Test. De Tutoría de inicio de trámite no cumpla las condiciones legales y fuera observado por la Gestora en su proceso de validación, este trámite será anulado.

FORMULARIO DE SOLICITUD DE RECALIFICACIÓN

LUGAR Y FECHA DE RECEPCIÓN

I. DATOS DEL ASEGURADO												
CUA	PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELLIDO CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE			
TIPO DOC. IDENT.	N° DOC. IDENTIDAD		COMPL. CI		FECHA DE NACIMIENTO			ESTADO CIVIL		SEXO		
					DÍA	MES	AÑO					
ENTE GESTOR DE SALUD		MATRICULA DE ASEGURADO		DEPARTAMENTO					PROVINCIA			
CIUDAD		ZONA/ VILLA/BARRIO/SECTOR			DIRECCIÓN					N°		
TELÉFONO/CELULAR		CASILLA POSTAL		CORREO ELECTRÓNICO				COPIA DOC. IDENT.		CÓD. VER.		
								SI NO				
II. DATOS DEL SOLICITANTE (LLENAR SOLO SI ES DIFERENTE DEL ASEGURADO)												

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELLIDO CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE			
TIPO DOC. IDENT.		N° DOC. IDENTIDAD		COMPL. CI		PARENTESCO			SEXO		
									M F		
COPIA DOC. IDENT.		CÓD. VER.		N° DE PODER		N° DE NOTARÍA		NOMBRE DEL NOTARIO		FECHA DE REVISIÓN	
SI NO								DÍA MES AÑO		VALIDACIÓN	
										APROB RCH	

III. DATOS GENERALES DEL DICTAMEN									
FECHA DE DICTAMEN		DÍA	MES	AÑO	N° DE DICTAMEN		RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA		
PORCENTAJE (%) DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL							ORÍGEN		CAUSA

IV. DETALLE DE LOS DOCUMENTOS MEDICOS PRESENTADOS PARA LA RECALIFICACIÓN									
CANTIDAD	DESCRIPCIÓN DEL DOCUMENTO						ORIGINAL	COPIA	
FIRMA DEL ASEGURADO O SOLICITANTE					FIRMA DE RECEPCIÓN RESPONSABLE DE GESTORA				