ANEXO 1

FORMULARIO DE SOLICITUD DE PENSIÓN DE JUBILACIÓN

LUGAR Y																
I. DATOS DEL	ASEGUI	RADO														
CUA	PRII	MER APELLID	0 S	EGUNDO	APELLID	0	1	ELLIDO ASADA		PRIME NOMB		l .	SEGUND NOMBRI			
TIPO DOC. IDE	NT.	N° DOC. IDEI	NTIDAD CO	MPL. CI	DÍA	ECHA DE I MES		ENTO AÑO		ESTADO	CIVIL		SEXO			
ENTE GESTO SALUD	R DE	MATRICUL	A DE ASEGUR	ADO	DEP	ARTAMEN	ITO			F	PROVINC	IA AI		F		
CIUDAD		ZONA/ VI	LLA/BARRIO/S	ECTOR			DI	RECCIÓN	١				N°			
TELÉFONO	CELUL	AR CA	SILLA POSTAL				С	ORREO E	ELECTI	RÓNICO						
COPIA DOC. II	DENT. NO	CÓD. VER.			NACIMIE RIGINAL	NTO COPIA	CÓD.	VER.								
II. DATOS LAB	ORALE:	S DEL ASEGU	IRADO													
DEPENDIENTE	II	NDEPENDIEN E	T NOMB	RES Y AF	PELLIDOS EMPLE		I SOCIA	AL DEL	FE(FECHA INI. REL. LAB. DÍA MES AÑO			OCUPACIÓN			
DEPARTAMEN	ITO	PROVINCIA			CIUDA	\D						RRIO/S	SECTOR			
D	RECCI	ÓN	N°	N° TELÉFONO/CELU					JLAR CORREO ELECTRÓNICO					CASILLA POSTAL		
III. DATOS DEL	SOLICI	ITANTE (LLEN	IAR SOLO SI E	S DIFERE	NTE DEL	ASEGURA	ADO)									
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PELLIDO	CASADA		PRIM	ER NOME	BRE		SEGU	INDO N	IOMBRE			
TIPO DOC. IDENT.	10	N° DOC.	COMPL. CI		DADEN			SEX				ONOIC	ELULAF	<u> </u>		
		DENTIDAD			PAREN	TESCO		- 1	SEXO TELÉFONO/CEL							
DEPARTAMEN		ROVINCIA	CIUDAD		PAREN	TESCO		M ONA/VILL	-	RRIO/SEC		ONO/C				
DEPARTAMEN			CIUDAD)	PAREN	N°		ONA/VILL	A/BAF	RRIO/SEC	CTOR		ILLA PO	STAL		
COPIA DOC.		ROVINCIA	CIUDAD N° DE NO				Z	ONA/VILL CORRE	A/BAF	ECTRÓNI FEC	CTOR	CAS	ILLA PO VALIDA			
COPIA	TO P	PROVINCIA DIRECCIÓN N° DE				N°	Z	ONA/VILL CORRE	A/BAF	FEC REV	CTOR ICO HA DE ISIÓN	CAS				
COPIA DOC. IDENT.	TO P CÓD. VER.	DIRECCIÓN N° DE PODER				N°	Z	ONA/VILL CORRE	A/BAF	FEC REV	CTOR ICO HA DE ISIÓN	CAS	VALIDA	CIÓN		
COPIA DOC. IDENT. NO	CÓD. VER.	DIRECCIÓN N° DE PODER				N°	Z	ONA/VILL CORRE	A/BAF	FEC REV	CTOR ICO HA DE ISIÓN	CAS	VALIDA	CIÓN		
COPIA DOC. IDENT. NO IV. DERECHOH PRIMER GRAD	CÓD. VER.	DIRECCIÓN N° DE PODER				N° OMBRE D	Z	ONA/VILL CORRE	A/BAF	FEC REV	CTOR ICO HA DE ISIÓN	ČASI NO A	VALIDA	CIÓN		
COPIA DOC. IDENT. NO IV. DERECHOH PRIMER GRAD CÓN' PRIMER	CÓD. VER.	DIRECCIÓN N° DE PODER	N° DE NC	OTARIA APE	N.	N° OMBRE D	EL NOT	CORRE	A/BAF	FEC REV	CTOR CO HA DE TISIÓN ES AÍ	ČASI NO A	VALIDA	CIÓN		
COPIA DOC. IDENT. NO IV. DERECHOH PRIMER GRAD CÓN'	CÓD. VER.	DIRECCIÓN N° DE PODER	N° DE NO	APE CA	N	N° OMBRE D N° H VII	EL NOT	CORRE	A/BAF	FEC REV DÍA M	CTOR ICO HA DE ISIÓN ES AÍ N° HI FALLE	CASI NO A JOS CIDOS	VALIDA(CIÓN		
COPIA DOC. IDENT. NO IV. DERECHOH PRIMER GRAD CÓN' PRIMER APELLIDO	CÓD. VER.	DIRECCIÓN N° DE PODER FES SEGUNDO	N° DE NO	APE CA	N.	N° OMBRE D N° H VII	EL NOT	CORRE	A/BAF	FEC REV DÍA M	CTOR CO HA DE ISIÓN ES AÍ N° HI FALLE GUNDO	CASI NO A JOS CIDOS	VALIDA(RCH		

	A DOC.	CÓD.	VER.	CEF	RTIFICA	DO DE N	CIMIEN.	то	CÓE). VER	. CE	RTIFIC	ADO DE	E MATRII	OINON		СО	D. VER	
SI	NO NO			SI	NO	L COI	PIA			SI	NO	ORIG	SINA	COPIA					
													L						
TEST	IMONIO	DE CON	\/I\/E\	ICIA		CERTIFIC	ADO DE I	DEELI	INICIÓ	NNI		CÓD	VER.		EECH/	\ DE E	ALLE	CIMIENTO	_
SI			NO	ICIA	SI	NO	ORIGIN			OPIA		COD	VLIX.	1		MES	ALLL	AÑO	_
PRI	MER	SE	GUND	O APE	LLIDO		APELLIC	OO CA	ASAD	A	PF	RIMER	NOMBF	RE	SE	GUNE	OO NO	MBRE	
APEI	LLIDO																		
TIPO	DOC.	N°	DOC.		COMP	L PAR	ENTESC	:0	S	EXO		FECH	A DE N	ACIMIEN	ТО		IN۱	/ÁLIDO	
	NT.	IDEI	NTIDA	D	. CI										- ~ -				
									М	F		DÍA	N	MES	AÑO	S		NO	
																1			
	A DOC. Ent.	CÓD. VER			IFICAD [®]		CÓI VEF		CE	RTIFIC	CADO DE	DEFU	NCIÓN	VER			ECHA	DE MENTO	
SI	NO	VEIX	SI	NO	ORIGI		1	`	SI NO		ORIG	IN	COPIA	VEIX	DÍA		ES	AÑO	
					NAL	A	-	-			AL								
SEGUI	NDO GR	ADO		SECUNDO ABELLIDO AB				<u> </u>		l						<u> </u>	- 1		
PR	IMER AP	ELLIDO		SEGUNDO APELLIDO APEL					CAS	ADA		RIMER			SEGU	NDO N	IOMBI	RE	
											INC	VIVIDICE	-						
TIPO	DOC. IE	ENT.	١.,	N° DC DENTI	L. PAI	RENT	ESCO)	SEXO	-	DÍA		HA DE N	A DE NACIMIENTO					
			- "	DENTI	DAD	CI				М	F	\top	DIA	MES		AÑO			
	COPIA D	OC. IDE	NT.		CÓ	D. VER.				CADO			ÓD.		E		EXCLUIR		
	SI		NO				SI	N		IIENTO RIGIN	COPI	VER.		SI	SI		N	O	
								0		AL	Α								
TERCE	ER GRAD	00																	
	IMER AP			SEGU	INDO A	PELLIDO	APEL	LIDO	CAS	ADA		RIMER	I .		SEGU	NDO N	ЮМВІ	RE	
											NC	MBRE	:						
TIPO	DOC. IE	ENT.	Τ΄.	N° DC		COMP	L. PAI	RENT	ESCO)	SEXO			FECI	IA DE N		IENTO		
			1	DENTI	DAD	CI				М	F	1	DÍA		MES		-	AÑO	
	COPIA D	OC. IDE	NT.		CÓ	D. VER.		CEF	RTIFIC	CADO		C	ÓD.		% A	SIGNA	ACIÓN		
	SI		NO				SI			IIENTO RIGI	COPI	VI	ER.						
	SI		NO				31	NO	_	NAL	A								
	LEGAL	٨٥٥٥١١٢٥	40 00 0	umnla	oon loe	, roquioitos	nore co	aadar	o Dro	otooiá	n do Void	C	olidorio d	do Maioz	la Caata		bozora	S al praca	nto
1.	. Si ei <i>i</i> trámit		on oc	cumpie	con los	s requisitos	para ac	ceaer	a Pre	estacio	n ae veje	ez o So	olidaria (ae vejez	ia Gesto	ora rec	nazara	a ei prese	nte
2.			ue hub	oiera er	ntregado	o los docur	nentos de	e acre	ditaci	ón en f	otocopia,	será n	otificado	por escr	ito cuan	do exi	stan ol	servacio	nes
						zo de DO													
						os en origi sente trám												s en el pl	azo
3.						icio trámite												proceso	de
		ción, est						.,			9	,						μ	
EL SO	LICITAN	TE DEBI	E RETO	ORNAF	RALA	GESTORA	A PART	IR DE	E FEC	НА								rtir de la fech	
																		cación de le no podrá s	
											C	ompleta	lo						
																			\dashv
FIRMA DEL ASEGURADO O SOLICITANTE										F	IRMA DE	RECE	PCIÓN	RESPON	SABLE	DE G	ESTOR	RA	

LUGAR Y FECHA DE RECEPCIÓN	N°	

D.4.	!	ASECHIDAD	

CUA		PRIMER PELLID		SEGUNDO APELLIDO		I		PELLI ASAE		PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE			MBRE		
TIPO DOC. IDI	ENT.		N° DC	C.	CO	MPL.		FECH	A DE		E	STAD	O CIVI	L		SEXC)	
			IDENTII			CI	1	ACIMI MES	ENTO	O AÑO								
				,											М	F		
ENTE GESTOR	DE S	ALUD	M	ATRICU	LA DI	E ASE	GURADO)	DEP	ARTAN	IENTC)		Р	ROVII	NCIA		
CIUDAD		ZONA/	VILLA/E	RAPPIO	SECT	OR					DIREC	CIÓN	ı				N°	
CIODAD		LONA	VILLAIL	AITITIO	<u>JLU I</u>	OIL					DINEC	CIOI					14	
TELÉFONO/		CASIL	LLA	С	ORRE	ΕΟ	CC	PIA D	OC.	C	ÓD.		CER	TIFICA	ADO E	ΣE	CÓ	
CELULAR		POST	ΓAL	ELE	CTRÓ	NICO		IDEN	г.	VI	ER.		NA	CIMIE	ENTO		D. VER	
							SI		NO			SI	NO	ORI A		COPI A		
II. DATOS LABO	RALES	S DEL	ASEGU	RADO														
							APELLID			N SOC	IAL	F	ECHA		REL	. 0	CUPACI	
NTE							DEL EMP	LEAD	OR			DÍ		AB.	A ÑI C	_	ÓN	
												DÍA	A IVI	ES	AÑC	,		
DEPARTAM	DEPARTAMENTO PROVINCIA						CIUDAD				ZONA	/VILL	A/BAR	RIOIS	ECTO	DR		
					•							,	,					
	DIRE	CCIÓ	N			N°		FONC		С	ORRE	O ELE	CTRÓ	NICO			STAL	
III. DATOS DEL S		TANT	-		.O SI I						_			_				
PRIMER APEL	LIDO			SUNDO ELLIDO		APE	ELLIDO C	SASAD	PA	PRII	MER N	ЮМВ	RE	S	EGUN	IDO NO	MBRE	
TIPO DOC.		N° DO			MPL.	CL	PARE	NITEC			CE	XO			LÉFC	NO/CE	111 AD	
IDENT.		DENTI			WIPL.		PARE	NIES		М	J F			"	LEFC	NO/CE	LULAR	
DEPARTAME	NTO		PROV	INCIA		CI	UDAD						A/BAR	RIO/S	ECTO	R		
	DIRE	ECCIÓ	N			N	•		CO	RREO I	ELECT	RÓNI	IICO			CASILLA POSTAL		
20014 000		_											101611					
COPIA DOC. IDENT.	CÓ VE		N° DE	NOTAR	IA	NOME	BRE DEL	NOTA	RIO		HA DE					LIDACIÓ		
SI NO										DÍA	M	ES	AÑO	AP	ROB.	F	RCH.	
IV. DERECHOHA	RIENT	TES																
TABLA DE		LAVE	PRIM APEL			UNDO LLIDO	APELLI		PRIN			JNDO IBRE		° DOC.	Т	FEC NACIM		
CLAVES 60= ESPOSA			7		, <u>-</u> .													
51= CONVIVIENT	F -						+								-			
02 AL 09 = HIJOS																		
52 AL 59 = HIJAS	5																	
10 AL 15 =																		
HERMANOS																		
80 AL 85 = HERMANAS																		
16 = PADRE																		
66 = MADRE																		
V. DOCUMENTA		TÉCNI	CO MÉD	DICA														
Cantida	d				D	escrip	ción del	Docu	ment	0			0	rigina	ıl	Co	oia	
															\perp			
															-+			
													+					

	GAL

- 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.

las condiciones legales y fuera observado por la Gestora en su 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 DE RECEPCIÓN RESPONSABLE DE GESTORA

SOLICITUD DE PENSIÓN POR MUERTE

LUGAR Y FECHA DE RECEPCIÓN

I. DATOS D	DEL ASEGI	JRADO I	ALLE	CIDO												
CUA	PI	RIMER A	PELLI	DO		SEG	UNDO A	PELLIDO)		APELLIDO		PRIMER		SEGL	JNDO
											CASADA		NOMBRE	≣	NOM	BRE
TIPO DOC	C. IDENT.	N° DC	C. IDI	ENTIDA	٩D	COMF	L. CI	FE	CHA DI	NAC	MIENTO		ESTADO CI	VIL	SEXO	
	ii o door ida.							DÍA	MES		AÑO				М	F
																·
ENTE (GESTOR D	E SALU)					MAT	RICUL	A DE	SEGURAL	00				
COPIA DO	OC. IDENT.	CÓE		CE	RTIF	ICADO I	DE	CÓD.		CER	TIFICADO I	DE	CÓD.		FECHA I	DE
		VER	.	ı	NACI	IMIENTO		VER.		D	EFUNCIÓN		VER.	FAI	LECIMI	ENTO
SI	NO		S	I NO	0	ORIGIN	COPI		SI	NO	ORIGIN	COPI		DÍA	MES	AÑO
					AL	Α				AL	Α					

II. DATOS LA	BOR	ALES	S DEL ASEGURA	DO F	ALLECIDO							
DEPENDIE		IND	EPENDIENTE		NOMBRES Y AI	PELLIDOS / RAZÓI	N SOCIA	AL DEL	FECH	A INICIO	REL.	OCUPACIÓN
NTE						EMPLEADOR				LAB.		
									DÍA	MES	AÑO	
DEPARTAM	ENT	0	PROVINCIA	\	CIL	JDAD	ZO	NA/VILL	A/BARR	IO/SEC	ror	
	DIRECCIÓN				N°	N° TELÉFONO/CELULAR					CAS	SILLA POSTAL
							ELE	CTRÓNI	СО			

III. DATO	S DEL S	SOLICIT	ANTE (LLENAR	SOL	LO SI ES DIFE	RN	ITE DEL ASEGUF	RADO)							
1	IMER LLIDO			JNDO LIDO		APELLI	DO	CASADA	PI	RIMER	NOMB	RE	S	EGUNDO	NOMBF	RE
TIPO D IDEN			° DOC. NTIDAD)	СО	OMPL. CI		PARENTESCO	0		SEXO		TE	LÉFONC	D/CELUL	AR
DEPART	rament	O P	ROVING	CIA		CIUDAD				M ZONA/	VILLA/E	F	/SECTO	R		
			DIRECO	CIÓN				N°			CORRE	O ELE	CTRÓNIC	0	CASI POS	
COPIA DOC. IDENT	- '	COD. VER.		EST. ORÍA		N° DE PODEF	₹	N° DE NOTARÍA		MBRE IOTAR			FECHA I REVISIÓ	ACIÓN		
SI I	NO	SI NO									DÍA	MES	AÑO	APR OB.	RCH	

IV. DER	RECHO	HABIEN	ITES															
PRIME	R GRAD	00																
Г								7		N	l° HIJC	s			1	√° HIJ	os	
	CON	YUGE			CONV	IVIENTE					VIVOS	;			FA	LLEC	IDOS	
												·					<u> </u>	
	RIMER ELLIDO	,	SEG	UNDO	APEL	LIDO		APELLIDO CASADA)	PRIM	IER NO	MBRE		SEGUNDO NOMBRE				
TIPO I	DOC.		N° DOC		CC	MPL.		PARENTI	ESCC)		SEXO		F	ECHA DE	NAC	IMIENTO	_
IDE	NT.	l l	DENTIDA	ND		CI								DÍA ME		S	AÑO	
											М	F						
COPIA	A DOC.	CO	D. VER	CEF	RTIFIC	ADO DE I	E NACIMIENTO CO			OD.	CER	TIFICA	DO DI	MATRI	MONIO		COD. VER	
IDE	NT.								V	/ER								
SI	NO			SI	NO	ORIGIN	IAL	COPIA			SI	NO	OR	IGINAL	COPIA			
TEST	IMONIO	DE CC	NVIVEN	CIA														
SI			NO															
PRIME	PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO					LIDO	APELLIDO CASADA PRIMER NOMBRE					SEGUNDO NOMBRE						
																		_

	O DOC. DENT.	N° DO		С	OMPL. CI	PARENTE	sco		SE	хо	FECHA DE	NACIMIEN	OTI	II	۱۷Á	LIDO
								М		F	DÍA	MES	AÑO			
														SI		NO
	PIA DOC. DENT.	CÓD. VER			TIFICADO ACIMIENT		COD. VER.									
SI	NO		SI	NO	ORIGIN AL	COPIA										

SEGUNDO GRADO)													·	·
PRIMER APEL	LIDO	SE	GUNDO A	PELLIDO	1 -	APELLIDO CASADA			PR NOI	IME MBF		SEC	GUNDO NON	IBRE	
TIPO DOC. IDEN	IT.	N° D	OC.	COMPL.	PARE	NTESCO		SE	хо		FEC	HA DE NAC	IMIENTO	EXC	LUIR
		IDENT	ΓIDAD	CI							DÍA	MES	AÑO	SI	NO
							М		F						
COPIA DOC	. IDENT.	•	CÓD	. VER.		CERT	FICA	DO	DE N	IAC	MIENTO)	CÓD. VER.		
SI	N	Ю			SI	NO	C	ORIG AL				COPIA	VEIX.		
													1		

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 I	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 RE	CEPCIÓN RESPONSABLE DE GESTORA

SOLICITUD DE GASTOS FUNERARIOS

LUGAR Y FECHA DE RECEPCIÓN

I. DATOS DI	EL ASEG	URAD	O FAI	LLECI	DO															
C	UA		PRII	MER AF	PELLIDO	5	SEGUND	O APE	ELLID	o	APELL	IDO CA	SADA	T	PRIMER NO	MBRE		SEGU	NDO NOM	BRE
TIPO DOC. I	DENT.		N° DOC	. IDENT	ΓIDAD		COMPL	L. CI	ı	FEC	HA DE N	ACIMIEN	то		ESTADO C	VIL			SEXO	
									DĺA	Α	MES	ΑÍ	Ю							
																	M		F	
COPIA DOC.	IDENT.	CÓD.	VER.	CE	RTIFIC	ADO D	E NACIM	IENTO)	C	ÓD. VER.	CE	RTIFIC	AL	OO DE DEFUNC	IÓN	CÓD.		FECHA	DE
																	VER.	F	ALLECIM	IENTO
SI	NO			SI	NO	ORI	GINAL	COP	PIA			SI	NO	1	ORIGINAL	co		DÍA	MES	AÑO
																PIA				
														Т						

II. DATOS DEL	SOLICITANTI																
PRIMER AI	ELLIDO	S	EGUNDO	APELLIDO		APELL	IDO CASA	DA		PR	IMEF	NOM	BRE		SEGU	IDO NOMBR	
TIPO DOC. IDENT.	N° DOC.	DENTIDA	ND	COMPL. C	:		PARENTI	SCO				SEXO			TELÉF	NO/CELULA	R
										М		F					
DEPARTA	MENTO		PROVIN	ICIA		CIUDA	D					ZON	IA/VILLA	BARRIO!	SECTOR		
	DIRECC	ÓN			1	۷°			C	ORR	EO E	LECT	RÓNICO			CASILLA	POSTAL
COPIA DOC. IDENT.	CÓD. VER.	TEST. T	UTORÍA	N° DE	N°	DE NO	TARIA	NOMBI	RE [DEL N	IOTAI	RIO	FEC	IA DE RE	VISIÓN	VALID	ACIÓN
				PODER										_			_
SI NO		SI	NO										DÍA	MES	AÑO	APROB.	RCH.
FACTURA	CÓD. VER.	REC	CIBO	CÓD. VER.													
SI NO		SI	NO														

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO AI	PELLIDO	APELLID	O CAS	ADA		PRIMER	NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		FECHA	
									NOMBRE	DÍA	MES	AÑO
TIPO DOC. IDENT.	N° DOC. IDE	NTIDAD	COMPL. CI	F/	ACTU	RA	REC	CIBO	TELÉFONO/ CELULAR	S	EXO	
				SI		NO	SI	NO		М		F
CIUDAD			ZONA/VILLA/BAR	RIO/SE	сто	R		DI	RECCIÓN			N°
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO AF	PELLIDO	APELLID	O CAS	ADA		PRIMER I	NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ı	FECHA NACIMIE	ОТИ
										DÍA	MES	AÑO
TIPO DOC. IDENT.	N° DOC. I	DENTIDAD	COMPL.	CI	FACT	URA	REC	IBO	TELÉFONO/CELULAR		SEXC	
				_	SI	NO	SI	NO		М	F	
CIUDAD		ZON	IA/VILLA/BARRIO	SECTO	OR				DIRECCIÓN	<u> </u>	-	N°

AVISO LEGAL

- 1. 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 RECE	PCIÓN RESPONSABLE DE GESTORA

FOR

LUGAR Y FECHA DE RECEPCIÓN

I DATOS DEL ASECUBADO

RMULARIO DE SOLICITUD DE CCM		
	Ν°	_

CUA/NI				APELLI	DO		SEC	GUND	O APELI	LIDO			APE CAS	LLID SAD		l .	RIME			SEGUN NOMB	
TIPO DO	C. IDEI	NT.	N° D	OC. IDE	NTIC	DAD	СОМ	PL. C		FE(DE NA	CIMIE	NTO AÑ	0	EST	ADO	CIVIL	-	SEX	0 F
ENTE G	ESTOF ALUD	DE	M	ATRICU	LA D	E ASE	GURAI	00	Di	EPAR	RTAM	ENTO)				PR	OVING		<u> </u>	F
CIL	JDAD		Z	ONA/ V	ILLA	/BARF	RIO/SEC	CTOR					DIRE	CCI	ÓN					N°	
TELEF	ONO/	ELUL	AR	C	ASILL	A PO	STAL						COR	REO	ELEC	TRÓNIC	0				
COPIA DO	C. IDE	NT.	CÓD VER		ERTII	FICAD	O DE N	IACIN	IIENTO	CÓ VE					ADO D CIÓN	E		CÓ D VER		ECHA I	
SI		NO		5	SI	NO	ORIC AL		COPI A			SI	NO		RIGIN AL	COP A	ı		DÍA	MES	AÑO
II. DATOS I	LABOF	ALES	DEL A	SEGUR	ADO																
DEPENDIE	=	IN	DEPEN	IDIENTE	=	N	OMBRE	SYA	APELLID			ÓN S	OCIAL I	DEL	FE	CHA IN		REL.		CUPAC	CIÓN
NTE									EMP	LEAD	OOR				Dĺ		AB. ES	AÑC)		
DEPART	AMEN	то	PR	OVINCI	Α				CIL	JDAD						ZON	4/VIL	LA/B	ARRIO/	SECTO	R
	DIF	RECCI	ÓN				N°		TELÉ	FON	O/CE	LULA	R		CORR ECTR			C	ASILL	A POST	AL
III. DATOS	DEL S	OL ICIT	ANTE	א ט פו	ES DIE	EDE	NTE DEL	A C E	CHD/	יחטו											
PRIME APELL	ER			O APEL		_			O CASAL		GURA		PRIMER	R NO	MBRE			SEGU	I ODNL	NOMBR	E
TIPO D IDEN			N° DO			COMI	PL. CI		PARENT	ESC	0			EXO				TELÉI	ONO/(CELULA	AR
DEPARTAI	MENTO)	PROVI	NCIA		CI	UDAD						ZON	A/VIL	LA/BA	RRIO/S	SECT	OR			
			DIREC	CCIÓN						N°			COF	REC	ELEC	TRÓNI	со			CASIL	
COPIA DO	C.	COD. VER.		TEST. JTORÍA		N° E	E POD	ER	1	° DE TARIA	Α	ľ	NOMBR NOTA		ĒL.			HA D		1	DACIÓ N
SI N	0		SI	NC	·											DÍA	M	IES	AÑO	APR OB.	RC H.
IV. DEREC		_	ES																		
PRIMER A	PELLI	DO	SE	GUNDC	APE	LLIDO)		PELLIDO ASADA		PRI	IMER	NOMB	RE			SEG	UNDO	NOME	RE	
TIPO DOO IDENT.	C. I	No DO	C. IDEN	ITIDAD	(COMPI CI		Р	ARENTE	sco			SEX			DÍA		A DE MES	NACIM	IENTO AÑO	
COPIA D			ÓD.				DO DE		COL				TIFICAI	DO D)E		OD.			MONIO	
SI	NO		ER.	SI	NO NO	CIMIE ORI NA	GI C	OPIA	VEF	₹.	SI	NO NO	ORIGI AL		COPI	_	ER		SI	VIVENC	NO NO
PRIME	R APE	LLIDO)	SEC	SUNE	O AP	ELLIDO)		LLID(SADA			PRIM NOME				SE	GUND	O NON	IBRE	
TIPO D	OC. IDI	ENT.		N° DO	C.		COMPL	F	PARENTE	SCO)	SI	EXO			FE	CHA	DE NA	ACIMIE	NTO	
				IDENTI	DAD		CI				N	1	F		D	ÍA		N	IES		AÑO

COPIA DOC.	IDENT.	CÓ	D. VER.		CERTIFIC	ADO	DE NACIMII	ENTO	CÓD. VER.	IN	IVÁLIDO
SI	NO)		SI	NO		RIGIN AL	СОРІА		SI	NO
PRIMER APELLI	DO	SEGUNDO	APELLIDO	l l	APELLIDO CASADA		PRIMER NOMBRE	1	SEGUNDO	NOMBI	RE
TIPO DOC. IDENT	·	N° DOC.	COMPL.	PARE	NTESCO		SEXO	FEC	HA DE NAC	IMIENT	0
0 2 0 0		IDENTIDAD	CI					DÍA	ME		AÑO
						М	F				
COPIA DOC.	IDENT.	CÓ	D. VER.		CERTIFIC	ADO	DE NACIMII	ENTO	CÓD. VER.	IN	IVÁLIDO
SI	NO			SI	NO		RIGIN AL	COPIA		SI	NO
2. Si el Solicitante do los mismos, para presente los doc Gestora anulará	que hubier que en u cumentos el present e el Pode rámite ser	re entregado los n plazo de DOC en original. De r e trámite, pudien r o Test. de Tuto á anulado.	documentos E (12) meses no regularizai do el Solicitai oría de inicio	de acred de la fe las obs nte prese no cump	litación en fo cha de solici ervaciones y entar una nue ola las condid	tocopi tud co //o pre va so	ia será notific nsignada en esentar los c licitud en cua	á el presente trán cado por escrito d el presente form documentos reque llquier momento. era observado po	uando exist ulario, rectifi eridos en el	que las plazo :	mismas y/o señalado, la

FIRMA DE RECEPCIÓN RESPONSABLE DE GESTORA

FIRMA DEL ASEGURADO O SOLICITANTE

SOLICITUD DE RETIROS

LUGAR Y FECHA DE RECEPCIÓN

I. DATOS	DEL A	ASEG	UKAI	טט																	
CU	JA		PR	IMER	RAPELLIE	00		SEGI	UND	O APELI	IDO		AP	ELLIDO	O CAS	ADA		RIMER OMBRE			JNDO IBRE
TIPO D	OC. II	DENT.		N°	DOC. IDE	NTIDAD	T	СОМР	L. CI		FEC DÍA	HA DI		CIMIEN	ITO AÑO		ESTA	ADO CIV	ΊL	SE	хо
																				М	F
ENTE G	ESTO ALUD	R DE		MA	ATRICUL	A DE AS	EGU	JRADO			DEPAR	TAME	NTO					PRO	OVIN	CIA	
C	CIUDA	D			ZONA/ V	ILLA/BA	RRI	O/SECT	OR					DIRE	CCIÓN	ı				N	1°
TELEF	ONO	CELU	LAR		CAS	ILLA PO	STA	\L					С	ORRE) ELE	CTRÓ	NICO				
COPIA D	OC. ID	ENT.		CÓD VER		ERTIFIC	ADO	DE NAC	IMIEN	NTO	CÓD VER	С	ERTI	FICADO	DE DE	FUNCI	ÓN	CÓD VER		FECHA LLECIMI	
SI		NO	•		SI	NO)	ORIGINA	AL	COPIA		SI	NC	O OF	RIGINAI	_ (OPIA		D Í A	MES	AÑO
					2501154																
II. DATOS		ORAL			ISEGURA IDIENTE	DO	NO	MBRES	Y A	PELLID			soc	IAL DE	L	FE		ICIO REI	L.		PACIÓ
										EMPI	-EADOF	₹				DÍ	LA MES		0	ı	N
																Α					
DEPAR	DEPARTAMENTO PROVINCIA										JDAD					Z	ONA/VI	LLA/BA	RRIC	/SECT	OR
	DIRECCIÓN N°										ÉFONO	CELU	JLAR	2		ORRE TRÓI		CA	SILI	A POS	TAL
III. DATOS DEL SOLICITANTE (LLENAR SOLO SI ES DIFERENTE DEL ASEGURADO)																					
III. DATOS DEL SOLICITANTE (LLENAR SOLO SI ES DIFERENTE DEL ASEGURADO) PRIMER SEGUNDO APELLIDO CASADA PRIMER NOMBRE SEGURADO APELLIDO APELLIDO													SEGU	JNDC	NOME	BRE					
TIPO IDE				N° D	OC.	C	ОМІ	PL. CI		F	PARENT	ESCO)		S	EXO		TELÉ	FON	O/CEL	JLAR
DEPART	AMEN	то	PI	ROVI	INCIA		CIU	IDAD					Z	M ONA/V		F ARRI	O/SEC1	FOR			
				DIRE	ECCIÓN						N	0			COR	REO E	LECTR	RÓNICO			ILLA STAL
COPIA DO	oc.	COD).	TI	EST.	N° DE	POI	DER	N°	DE NOT	ARIA	NO	MBR	E DEL	FE	СНА	DE REV	/ISIÓN	V	ALIDAC	CIÓN
IDENT SI I	NO	VER		TU1 SI	TORÍA NO							N	ATO	RIO		ρĺΑ	MES	AÑO	API	ROB	RCH
IV. SELEC	CCIÓN	I DE E	PETIR	POS I	MÍNIMOS	Y MODA	LIDA	AD DE E	PΔGC	n											
ELIJA UN					VIII VIII VIIOO			ND DE I		RETIROS	MÍNIM	os						□ R	ETIR	O FINA	L
				RENT	E SALAR	IAL.	 	BS				- F		7							· -
	60%	DE			LARIO	MÍNIMO		BS			\perp										
	NACIO	ONAL																			
Los Retiro El Retiro con cobe	Final	es rea	alizad												el Ase	gurad	lo o Dei	rechoha	bient	e no co	ontará
V. DEREC	СНОН	ABIEN	NTES																		
PRIM	IER AF	PELLI	DO		SEC	UNDO A	APEL	LLIDO		1	ELLIDO ASADA		PF	RIMER	NOMB	RE	,	SEGUNI	OO N	OMBRI	
TIPO DO	C. IDE	NT.		N° D	OC.	COMP	·	PAREN	TES	ES	TADO			SEXO			FECH	IA DE N	ACIN	IIENTO	
			IE	DENT	TIDAD	L. CI	\perp	СО)	C	IVIL	8.4		-		Dĺ	Α	MES		ΑÑΟ)
							\perp					M		F							

SI NO SI NO ORIGINAL COPIA SI NO ORIGINAL COPIA SI NO PRIMER NOMBRE PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO APELLIDO CASADA PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE TIPO DOC. IDENT. N° DOC. COMPL. PARENTESCO SEXO COPIA DOC. IDENT. COD. VER. CERTIFICADO DE NACIMIENTO COD. FECHA DE NACIMIENTO VER. DÍA MES AÑO PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO APELLIDO CASADA PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE TIPO DOC. IDENT. N° DOC. COMPL. PARENTESCO SEXO PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO APELLIDO CASADA PRIMER SEGUNDO NOMBRE TIPO DOC. IDENT. N° DOC. COMPL. PARENTESCO SEXO COPIA DOC. IDENT. N° DOC. COMPL. PARENTESCO SEXO COPIA DOC. IDENT. COD. VER. CERTIFICADO DE CÓD. FECHA DE NACIMIENTO VER. SI NO ORIGINA COPIA DÍA MES AÑO VI. CUENTA PERSONAL PREVISIONAL TIENE COMPENSACIÓN DE COTIZACIONES (CC) SI NO MONTO CC FECHA DE INICIO DE COTIZACIÓN AL SSOISIP DÍA MES AÑO N° DE CUOTAS CORRESPONDIENTES AL SALDO ACUMULADO: A 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 nofilicado por escrito cuando existan observaciones a CS. SI el Solicitante pue hubiere entregado los documentos de acreditación en fotocopia, será nofilicado por escrito cuando existan observaciones a CS. SI el Solicitante que hubiere entregado los documentos de acreditación en fotocopia, será nofilicado por escrito cuando existan observaciones a CS. SI el Solicitante previo entre trámete. Del acreditación en fotocopia, será nofilicado por escrito cuando existan observaciones a CS. SI el Solicitante previo entre de documentos en considerado en la las mismas y/o presentar los documentos en considerados en a las mismas y/o presentar los documentos en considerados en a las mismas y/o presentar los documentos en considerados en la las mismas y/o presentar los documentos en considerados en la misma y/o presentar los documentos en cons		NT.	CÓD. VER.	CE	RTIFICA	DO D	E NACIMII	ENTO	CÓD VER	- 1	ERTI	FICAD	O DE M	ATRIMO	ONIO	CÓD. VER.		DE	ONIO ENCIA
TIPO DOC. IDENT. N° DOC. IDENTIDAD CI PARENTESCO SEXO COPIA DOC. IDENT. CÓD. VER. CERTIFICADO DE NACIMIENTO CÓD. SI NO ORIGINAL COPIA DÍA MES AÑO PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO SEGUNDO APELLIDO APELLIDO CASADA PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE TIPO DOC. IDENT. N° DOC. IDENTIDAD CI PARENTESCO SEXO FECHA DE NACIMIENTO SEL COPIA DOC. IDENT. N° DOC. IDENTIDAD CI PARENTESCO SEXO FECHA DE NACIMIENTO SI NO ORIGIN COPI NACIMIENTO VER. SI NO ORIGIN COPI NACIMIENTO VER. SI NO ORIGIN COPI AL A DÍA MES AÑO VI. CUENTA PERSONAL PREVISIONAL TIENE COMPENSACIÓN DE COTIZACIONES (CC) SI NO ORIGIN COPI • N° DE CUOTAS CORRESPONDIENTES AL SALDO ACUMULADO: • 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 formularlo, certifique las mismas y/o presente to documentos o no regularizar las observaciones y/o presente to documentos en original. De no requisiracia mis dos documentos los documentos en original, be no requisiracia mismas y/o presente to documentos o no regularizar las observaciones la los documentos en original. De no requisiracia mismas y/o presente troma de control para de la control de micio de trámite no cumpla las condiciones el pages y fuera observaciones en la versa de la fecha de solicitud consignada en el presente formularlo, certifique las mismas y/o presente los documentos en original. De no requiriaria al tramite no cumpla las condiciones el pages y fuera observaciones en su versa de solicitud de micio de trámite no cumpla las condiciones es de solicitud de micio de trámite no cumple d	SI	NO		SI	NO	OI	RIGINAL	COPIA		SI	1	ORI	GINAL	CC	PIA				
TIPO DOC. IDENT. N° DOC. IDENTIDAD CI PARENTESCO SEXO COPIA DOC. IDENT. CÓD. VER. CERTIFICADO DE NACIMIENTO CÓD. SI NO ORIGINAL COPIA DÍA MES AÑO PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO SEGUNDO APELLIDO APELLIDO CASADA PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE TIPO DOC. IDENT. N° DOC. IDENTIDAD CI PARENTESCO SEXO FECHA DE NACIMIENTO SEL COPIA DOC. IDENT. N° DOC. IDENTIDAD CI PARENTESCO SEXO FECHA DE NACIMIENTO SI NO ORIGIN COPI NACIMIENTO VER. SI NO ORIGIN COPI NACIMIENTO VER. SI NO ORIGIN COPI AL A DÍA MES AÑO VI. CUENTA PERSONAL PREVISIONAL TIENE COMPENSACIÓN DE COTIZACIONES (CC) SI NO ORIGIN COPI • N° DE CUOTAS CORRESPONDIENTES AL SALDO ACUMULADO: • 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 formularlo, certifique las mismas y/o presente to documentos o no regularizar las observaciones y/o presente to documentos en original. De no requisiracia mis dos documentos los documentos en original, be no requisiracia mismas y/o presente to documentos o no regularizar las observaciones la los documentos en original. De no requisiracia mismas y/o presente troma de control para de la control de micio de trámite no cumpla las condiciones el pages y fuera observaciones en la versa de la fecha de solicitud consignada en el presente formularlo, certifique las mismas y/o presente los documentos en original. De no requiriaria al tramite no cumpla las condiciones el pages y fuera observaciones en su versa de solicitud de micio de trámite no cumpla las condiciones es de solicitud de micio de trámite no cumple d		DIMED	DELLID		SEOU	LID O	ADELLIDO	100	111000	10101	Ļ	DDIME	D NO.	DDE	ı	OF OUR DO	NOM		
IDENTIDAD CI	Р	RIMER A	PELLIDO)	SEGU	NDO	APELLIDO	APE	LLIDO C	ASADA		PRIME	RNOM	BKE		SEGUNDO	NOM	BKE	
COPIA DOC. IDENT. SI NO SI NO ORIGINAL COPIA PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO APELLIDO CASADA PRIMER NOMBRE TIPO DOC. IDENT. OPOC. IDENTINO CI COPIA DOC. IDENT. OPOC. IDENTINO CI NO ORIGIN COPI AL A IDIA MES AÑO VER. VER. VI. CUENTA PERSONAL PREVISIONAL TIENE COMPENSACIÓN DE COTIZACIONES (CC) SI NO MONTO CC FECHA DE INICIO DE COTIZACIÓN AL SSO/SIP N° DE CUOTAS CORRESPONDIENTES AL SALDO ACUMULADO: VALOR CUOTA A LA FECHA DEL DÍA ANTERIOR A LA RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD: B SALDO ACUMULADO EN LA CUENTA PERSONAL PREVISIONAL EN BOLIVIANOS. AXISO LEGAL 1. SI el Asegurado no cumple con los requisitos para acceder Retiros Mínimos/Retiro Final. Ia 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 nismos, para que en un plazo de DOCE (12) meses de la fecha de solicitud consignada en el presente formulario, recetifique las mismas y/o presente los documentos en original. De no regularizar las observaciones y/o presentar los documentos requiredos en el plazo señalado, la Gestora na nueva solicitud en cualquide en commento. 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	TIPC	DOC. IE	DENT.)				PAR	ENTE	sco				SE	хо		
SI NO ORIGINAL COPIA PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO APELLIDO CASADA PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE TIPO DOC. IDENT. N° DOC. IDENTIDAD COPIA COPIA DOC. IDENT. COD. VER. CERTIFICADO DE NACIMIENTO VER. COPIA DOC. IDENT. SI NO ORIGIN COPI AL A 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: VALOR CUOTA A LA FECHA DEL DÍA ANTERIOR A LA RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD: B SALDO ACUMULADO EN LA CUENTA PERSONAL PREVISIONAL EN BOLIVIANOS. AXISO 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 DOCCE (12) meses de la fecha de solicitud consignada en el precente formulario, recifique las mismas y/o presente los documentos en original. De no regularizar las observaciones y/o presente los documentos en original. De no regularizar las observaciones y/o presente los documentos en original. De no regularizar las observaciones y/o presente los documentos en original. De no regularizar las observaciones y/o presente los documentos requeridos en el plazo señalado, la Gestora anulará el presente trámite, puediendo el Solicitar presentar una nevea solicitud en cualqueridos en el plazo señalado, la Gestora anulará el presente trámite, puediendo el Solicitar presentar una nevea solicitud en cualqueridos en el plazo señalado, la Servaciones y/o presente la Solicitad en condicipae con los remados el se trámite serva en trámite, puediendo el Solicitar en presente el solicitud en cualqueridos en la Castora en su proceso de validación, exp. Fisando A/Onin Provestoral, si definite en pada a mondicipae con los remados de la servaciones y/o presente el Solicitado en cualqueridos en la Castora de la servacione de solic	С	OPIA DO	C. IDEN	Т.		CÓD.	VER.	CE	RTIFICAI	DO DE	NACIN	MENTO				ECHA DE N	IACIM		0
TIPO DOC, IDENT. N° DOC. IDENTIDAD CI COPIA DOC. IDENT. CÓD. VER. CERTIFICADO DE CÓD. NACIMIENTO VER. FECHA DE NACIMIENTO VI. CUENTA PERSONAL PREVISIONAL TIENE COMPENSACIÓN DE COTIZACIONES (CC) SI NO MONTO CC FECHA DE INICIO DE COTIZACIONES (CC) SI NO MONTO CC FECHA DE INICIO DE COTIZACIONES (CC) SI NO MONTO CC FECHA DE INICIO DE COTIZACIONES (CC) SI NO MONTO CC FECHA DE INICIO DE COTIZACIONES (CC) SI NO MONTO CC FECHA DE INICIO DE COTIZACIONES (CC) SI NO MONTO CC FECHA DE INICIO DE COTIZACIONES (CC) SI NO MONTO CC FECHA DE INICIO DE COTIZACIONES (CC) SI NO MONTO CC FECHA DE INICIO DE COTIZACIONES (CC) SI NO MONTO CC FECHA DE INICIO DE COTIZACIONES (CC) SI NO MONTO CC A SI SI SI SICILITATO SALDO ACUMULADO EN LA CUENTA PERSONAL PREVISIONAL EN BOLIVIANOS. AVISO LEGAL SI EI Assigurado no cumple con los requisitos para acceder Retiros Mínimos/Retiro Final, la Gestora rechazará el presente trámite. SI EI SOLICITANTE que un un plazo de DOCE (12) meses de la fecha de solicitud consignada en el presente trámite. SI EI POSICITATO de nuncipación de intercopia, 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 trámite. SI EL SOLICITANTE DEBE RETORNAR A LA GESTORA A PARTIR DE FECHA Entre surco el Solicitante no su presente en la Caestora a partir de la techno receitado. EL SOLICITANTE DEBE RETORNAR A LA GESTORA A PARTIR DE FECHA Entre surco el Solicitante no su presente en la Caestora a partir de la techno receitado. EL SOLICITANTE DEBE RETORNAR A LA GESTORA A PARTIR DE FECHA	;	SI	N	0				SI	NO	ORIGI	NAL	СОР		VER.	DÍA	MES		ΑÑ	0
COPIA DOC. IDENT. CÓD. VER. COPIA DOC. IDENT. CÓD. VER. CERTIFICADO DE NACIMIENTO VER. SI NO ORIGIN COPI 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 • Nº DE CUOTAS CORRESPONDIENTES AL SALDO ACUMULADO: • VALOR CUOTA A LA FECHA DEL DÍA ANTERIOR A LA RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD: B ASALDO ACUMULADO EN LA CUENTA PERSONAL PREVISIONAL EN BOLIVIANOS. 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 presente trámite. 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 La contra contra contra de locativa a persente en la Cestora a puerse de la fecha de solicitud en cualquier momento. La contra contra contra de locativa a persente en la Cestora a puerse de la fecha recontra de incido 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 La contra contra contra contra puerse en la Cestora a puerse de la femilia de incido de trámite no cumpla las condiciones legales y fuera observado por la Gestora en su proceso de validación, este trámite será anulado.	Р	RIMER A	\PELLID()	SEGU	NDO	APELLIDO	APE	LLIDO C	ASADA					S	EGUNDO N	OMBF	RE	
COPIA DOC. IDENT. CÓD. VER. CERTIFICADO DE CÓD. NACIMIENTO SI NO ORIGIN COPI AL 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 • Nº DE CUOTAS CORRESPONDIENTES AL SALDO ACUMULADO: • VALOR CUOTA A LA FECHA DEL DÍA ANTERIOR A LA RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD: B S SALDO ACUMULADO EN LA CUENTA PERSONAL PREVISIONAL EN BOLIVIANOS. 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 regularzar las observaciones y/o presente los documentos en original. De no regularzar las observaciones y/o presente los documentos en original. De no regularzar las observaciones y/o presente los documentos en original. De no regularzar las observaciones y/o 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 plantir de la tentan independence de la venticación de los documentos y Estado de Atorio Previsional, su tante no poda ser completado.	TIPC	DOC. IE	DENT.			,				PARE	ITESC	o				SEXC)		
NACIMIENTO SI NO ORIGIN COPI AL A VI. CUENTA PERSONAL PREVISIONAL TIENE COMPENSACIÓN DE COTIZACIÓN SI NO MONTO CC FECHA DE INICIO DE COTIZACIÓN AL SSO/SIP DÍA MES AÑO • Nº DE CUOTAS CORRESPONDIENTES AL SALDO ACUMULADO: • VALOR CUOTA A LA FECHA DEL DÍA ANTERIOR A LA RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD: B • SALDO ACUMULADO EN LA CUENTA PERSONAL PREVISIONAL EN BOLIVIANOS. 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 requendos en el plazo señalado, la Gestora anulará el presente trámite, pudiendo el Solicitante presentar una nauvea solicitud den 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 presente en la Gestora a partir de la techa indicada, para noticanse con los resultados de la validación, este trámite será anulado.																			
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: • 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 trâmite. 2. Si el Asegurado no cumple con los requisitos para acceder Retiros Mínimos/Retiro Final, la Gestora rechazará el presente trâmite. 2. Si el Asegurado no cumple con los requisitos para acceder Retiros Mínimos/Retiro Final, la Gestora rechazará el presente trâmite. 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 requiridos en el plazo señalado, la Gestora anulará el presente trámite, pudiendo el Solicitante presenter 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 fente in monento. Su fermite no podrá ser completado.			DOC. ID			cc	DD. VER.		NAC	IMIENT	0						CIMIE		
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: • 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 variente no podrá ser completado.		SI		NO				SI	NO	-	N (DIA	MES		AN	0
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: • 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 variente no podrá ser completado.																			
N° DE CUOTAS CORRESPONDIENTES AL SALDO ACUMULADO: VALOR CUOTA A LA FECHA DEL DÍA ANTERIOR A LA RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD: B SALDO ACUMULADO EN LA CUENTA PERSONAL PREVISIONAL EN BOLIVIANOS. 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 na Gestora a partir de la fecha indicada, para notificarse con los resultados de la vy fermite no podrá ser completado.	VI. CU	ENTA PI	ERSONA	L PREV	/ISIONAL	-													
N° DE CUOTAS CORRESPONDIENTES AL SALDO ACUMULADO: 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.	TIENE	COMPE	NSACIÓ	N DE C	OTIZACI	ONES	S (CC) _	□ SI		□ NO		N	ионто	CC [
VALOR CUOTA A LA FECHA DEL DÍA ANTERIOR A LA RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD: 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.	FECH	A DE INI	CIO DE C	OTIZA	CIÓN AL	SSO	/SIP	DÍA		MES		A	ΝÑΟ						
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 Cestora 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.	•	N° DI	E CUOTA	S COR	RESPON	IDIEN	ITES AL S	ALDO AC	UMULA	DO:								A	
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.	•																	=	
 Si el Asegurado no cumple con los requisitos para acceder Retiros Mínimos/Retiro Final, la Gestora rechazará el presente trámite. 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. 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.	•	SALI	OO ACUN	/ULAD	O EN LA	CUE	NTA PERS	ONAL PE	REVISION	NAL EN	BOLI	VIANO	S.					A>	(B
 Si el Asegurado no cumple con los requisitos para acceder Retiros Mínimos/Retiro Final, la Gestora rechazará el presente trámite. 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. 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	1. S 2. S lo p G 3. E	i el Aseg i el Solici os mismo resente l sestora ai n el ever roceso de	urado no itante que s, para quo s docun nulará el pnto, que e validacio	e hubier ue en u nentos o oresento el Pode ón, este	e entrega n plazo d en origina e trámite, r o Test. e trámite s	ado lo e DO al. De pudie de Ti será a	s documer CE (12) me e no regula endo el Sol utoría de in nulado.	ntos de ac eses de la arizar las icitante pr nicio de ti	reditació a fecha d observac esentar u rámite no	n en fot e solicit iones y una nue o cumpla	ocopia ud cor o pre a soli	enter la fec	notificad la en el los doc n cualqu ones leg	lo por es present umentos lier mon jales y f	e formula e formula s requeri nento. Tuera obs	ando existar ario, rectifiqu idos en el p servado por	n obse ue las olazo s la Ge	mism eñala	as y/o ado, la
			FI	RMA D	EL SOLI	CITAI	NTE				FIRM	A DE F	RECEPO	CIÓN RE	SPONS	ABLE DE C	ESTO	RA	

LUGAR	Y FECH	A DE E	PECED	CIÓN		FORMU	LARIO DI	E SO	LICITU	D DE	MASA	HEREDITA	RIA N°				\neg	
TIPO DE	E MASA I A PERSO CHOHABI	HERE NAL I	DITARI PREVIS	A: SIONAL		PENSION	IES NO C	OBR	RADAS	ASEG	URAD	O FALLECI		PENSIO	NES NO	о сов	RADA	<i>1</i> S
I. DATOS	DEL ASE	GUR	ADO F	ALLEC	IDO													
CUA		PRIM	IER AF	ELLID	0	SE	GUNDO /	APEI	LLIDO		,	APELLIDO CASADA	l l	PRIMER IOMBRE			MBR	
TIPO DO	C. IDENT	. 1	N° DOC	. IDEN	TIDAD	CO	IPL. CI				NACI	MIENTO	ES	TADO C	IVIL	!	SEXC)
								ט	İA	MES		AÑO				М		F
	DOC.	1 -	CÓD.	CERT	IFICA	DO DE NA	CIMIENT	O	CÓD.			TIFICADO [DE	CÓD.		FECH/		
SI	NT.	Τ,	/ER.	SI	NO	ORIGI	COPIA	A	VER.	SI	NO	ORIGI	СОРІ	VER.	DÍA	MES		AÑO
						NAL						NAL	Α					
I. DATOS	DEL DEF	RECH	OHABI	ENTE I	FALLE	CIDO												
CUA			IER AF				GUNDO /	APEI	LLIDO		1	APELLIDO CASADA		PRIMER IOMBRE			SUND MBR	
TIDO DO	C IDENI		Nº DOC	. IDEN	ITIDAD		ADI CI		FFO	IA DE	· NIA CI	MIENTO	F.C.	TADO 6	13/11		SEVO	
TIPO DO	C. IDEN I	· r	N° DOC	. IDEN	IIIDAL	Cor	/IPL. CI	D	, , , ,	MES	NACI	MIENTO AÑO	ES	TADO C	IVIL	<u> </u>	SEXC	
COPIA	DOC.	C	ÓD.	CERT	IFICA	DO DE NA	CIMIENT	0	CÓD.		CER	RTIFICADO	DE	CÓD.		M FECHA		F
SI	NT. NO	V	ER.	SI	NO	ORIGIN AL	COPI	A	VER.	SI	NO	EFUNCIÓN ORIGI NAL	COPIA	VER.	FAI DÍA	MES	_	TO AÑO
												IVAL						
III. DATOS	S DEL SC	LICIT	ANTE															
PRIN APEL				UNDO		AF	ELLIDO (CASA	ADA		PF	RIMER NON	IBRE	SI	EGUND	O NON	IBRE	
TIPO DO			I° DOC		C	OMPL. C		PA	ARENTE	SCO		SE	хо	TE	LÉFON	IO/CEL	ULAI	R
												М	F					
DEPART	AMENTO	F	PROVIN	ICIA		CIUDA)					ZONA/VILL	A/BARRIO	SECTO	R			
			DIREC	CIÓN					N	l°		COR	REO ELEC	TRÓNIC	0		ASIL OST	
COPIA DOC.		OD. ER.	TE:	_	DEC HERI	I .	N° DE		N° DE OTARÍ	A		MBRE DEL OTARIO	l l	FECHA [VAL	IDAC	CIÓN
IDENT.	IO		SI	NO	RO SI	NO NO							DÍA	MES	AÑO	AP	R	RC
			<u> </u>											0		OE		Н.
IV. DATO						ROS									L			
N° DE PA HEREDEF		E DE	CLARA	TORIA	A DE													
PRIN APEL	/IER			UNDO		AF	ELLIDO C	CASA	ADA		PF	RIMER NOM	IBRE	SI	EGUND	O NON	IBRE	:
TIPO DO			° DOC.		C	OMPL. CI		PA	RENTE	sco		SE	хо	TE	LÉFON	IO/CEL	ULAI	R
DEPART			ROVIN			CIUDAD						M ZONA/VILL	F A/BARRIO	SECTO	₹			
DEI ANI	- WILLIN I O					CIODAL			N	10				,			V C II I	^
			DIREC	CION						l		COR	REO ELEC	RUNIC			ASILI OST <i>A</i>	
	DOC.		CÓD. VER.			TIFICADO ACIMIENT		- 1	CÓD. VER.	CER	TIFICA	ADO DE MA	TRIMONIC) CÓ VE		CONV		
SI	NO			SI	NO	ORIGI NAL	COPI A	_		SI	NO	ORIGI NAL	COPIA			SI	N	10

N° DE P		DECLARA	TORIA	DE									
PRI	MER LLIDO	SEGU APEL			APEI	LLIDO C	ASADA	.	P	RIMER NOME	BRE	SEGUND	O NOMBRE
TIPO D		N° DOC.	,	CO	MPL. CI		PARE	NTESC	0	SEX	0	TELÉFON	O/CELULAR
	TAMENT O	PROVINC	IA		CIUDAD					M ZONA/VILLA	F /BARRIO	SECTOR	
		DIRECO	CIÓN					N°		CORR	EO ELEC	TRÓNICO	CASILLA POSTAL
COPIA	DOC. IDEN	T. CÓD. VER.			TIFICADO I		CÓI VEF						
SI	NO		SI	NO	ORIGI NAL	COPI A							
obsorect en e 2. En e valid	el Solicitant ervaciones a ifique las mi el plazo seña el evento, qu dación, este	a los mismos smas y/o pre alado, la Ges	s, para esente tora ar Test. anulac	a que e los doc nulará e de Tute do.	en un plazo cumentos e el presente oría de inici	de DO0 n origina trámite, ¡ io no cur	CE (12) Il. De no pudiende npla las	meses regular o el Soli condici	de la f izar las citante	echa de solici observacione: presentar una gales y fuera c	tud consiç s y/o pres nueva sol observado icitante no se icitarse con los re	gnada en el pre: entar los docum icitud en cualqui	a partir de la fecha
	(NOMBI	FIRMA DEL RE Y APELL)			4)			REDERO 2. S DEL HEREDEI	RO)
	(NOMBI	FIRMA DE RE Y APELL)		ı	-IRMA	DE RECEPCIÓ	ÓN RESPO	ONSABLE DE G	SESTORA

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 CUAhe presentado solicitud de jubilación, misma que	y (Tipo Doc. Id.) N.° que en fecha e ha concluido con la Firma de una
Declaración/Convenio de Pensión en fecha	, declaro que:
	Pública
A la fecha, de trabajo en la empresa	, que es
He concluido mi última relación de Dependencia La	boral en fecha
Notificación:	
o Pago donde uno de sus componentes sea la Compensación	de diciembre de 2010, los Asegurados que cuenten con una Pensión de Cotizaciones Mensual (CC), y continúen realizando una actividad suspensión temporal del componente de CCM, a objeto de no incurrir
Los Asegurados con Pensión Solidaria de Vejez que continú deberán solicitar la suspensión temporal de sus Fracción Solida	úen realizando una actividad laboral en el sector público o privado, aria, 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

					FO	RMULA	RIO DE I	REPOS	SICIÓN	N DE I	RETIROS	3					
		DE RECE									N°						
I. DATOS	DEL ASE	GURADO															
CIIA	DDIM	ED ADELL	IDO	_	CECI	INIDO A	DELLIDO			DELL	IDO		DDII	MED		CE/	CLINDO
CUA	PRIM	ER APELL	טטו		SEGU	иро а	PELLIDO	,		(PELL CASA			NOM	MER IBRE		I	GUNDO MBRE
										ONO	.DA		11011		•		JIII DILL
TIPO DO	C. N	I° DOC. ID	ENTID	AD	COM	IPL. CI	FE	CHA D	E NAC	CIMIE	NTO	ES	STAD	O CI	VIL	5	SEXO
IDENT							DÍA	N	/IES	,	AÑO						
ENTE OF	CTOD	MATDI	CI II A	DE 40	CECLIE	1400		DEDA	DTAN	AFRIT						M	F
ENTE GE DE SA		MAIRI	CULA	DE A	SEGUR	KADO		DEPA	RTAN	/IEN I	U					PROVIN	ICIA
DE SA	LOD																
CIUD	AD	ZONA	A/ VILL	A/BA	RRIO/S	SECTOR	₹				DIREC	CIÓN					N°
TELÉFOI	NO/CELL	JLAR	CASI	LLA P	POSTAL					СО	RREO EI	LECT	RÓN	ICO			•
II. DATOS	I. DATOS DEL SOLICITANTE (LLENAR SOLO SI ES DIFERENTE DEL ASEGURADO) PRIMER SEGUNDO APELLIDO CASADA PRIMER NOMBRE SEGUNDO																
DDIM	PRIMER SEGUNDO APELLIDO CASADA PRIMER NOMBRE SEGUNDO																
APELLIDO APELLIDO NOMBRE																	
TIPO DOC. N° DOC. COMPL. CI PARENTESCO SEXO TELÉFONO/																	
IDENT. IDENTIDAD CELULAR																	
											М			F			
DEPARTA	MENTO	PROVIN	NCIA	CIU	DAD			ZON	A/VILL	_A/B	ARRIO/SI	ECTO	R				CASILLA
																	POSTAL
		⊥ IRECCIÓN					N	10				CO	PPF) EL I	FCTR	ÓNICO	
		IKECCION	<u>.</u>				- 11	l.				CO	MIL	J LLI	LCIK	ONICO	
III. IDENTI	FICACIÓ	N DE PER	IODOS	RETI	IRADO	S											
N°		IODO		E CUC			ECHA DI	E RETII	RO			МО	DALI	DAD	DE R	ETIRO	
				TIRAD													
						-	TOTAL C	UOTAS	S RET	IRAD	AS POR	CON	CEP	го р	E CO	ΓΙΖΑCΙC	NES
											ALES OF						
IV. PERIO	DOS A S	ER REPU	ES10S														
N°		PERIO	ODO			N° CL	JOTAS A	REPO	NERS	F							
										_		T	OTAL	CUO.	TAS A	REPONE	R
													ONITO	. A DI		D EN DC	LIVIANOS
												IVI	ONIC	, A KI	LFUNE	IV EN BC	PELVIMINOS
 												A	VALC	R CU	JOTA D	E FECH	A:
 										-							
AVISO LE																	
Monto de						el nume	eral IV. A	nterior,	, tiene	vige	ncia de ι	ın (1)	día	hábil	admir	nistrativo	o, hasta el
día De no efec						lo, el Sc	olicitante d	deberá	aperso	onars	e nuevan	nente	por la	a Geo	stora r	ar la ac	tualización
del monto						.,							,	., 200	× Þ		
							II.										

FIRMA DE RECEPCIÓN RESPONSABLE DE GESTORA

FIRMA DEL ASEGURADO O SOLICITANTE

ANEXO 6 CERTIFICADO DE SALDOS Y ACTUALIZACIÓN DE COMPENSACIÓN DE COTIZACIONES

LOGAR	FECH	A DE REC	EFCIO	'IN									IN				
I. DATOS I	DEL AS	SEGURADO)														
CUA	PR	IMER APE	LIDO		SEGUN	DO AF	PELL	IDO		APEI CAS			PRIM NOME			GUNDO OMBRE	1
TIPO DO		N° DOC.	DENTI	IDAD	COMP	L. CI	-	FECHA DÍA	A DE ME:	NACIM S	IEN N		ESTADO	CIVIL		SEXO	
															М	F	
ENTE GE DE SA		MAT	RICUL	A DE A	SEGURA	DO		DE	PAR	RTAMEN	ТО	1			PROVI	NCIA	
CIUD	AD	ZO	NA/ VII	LLA/BA	ARRIO/SE	CTOR						DIREC	CCIÓN			N°	
TELEFOI	NO/CE	LULAR	CAS	SILLA I	POSTAL	CC	ORRI	EO ELE	CTR	RÓNICO			D A FECHA		SEC	TOR	
												S	OLICITUD		MINERO	ОТ	RO
II. ACTUAL	IZACIO	ÓN DEL CE	RTIFIC	CADO	DE COMP	ENSA	CIÓN	N DE CO	OTIZ	ACIONE	S (CCM)	(A FECHA D	E SOL	ICITUD)		
] [$\overline{}$
MONTO DE	E CERTIF (Bs.	FICADO DE CO	:M	APOR		A	CI		SNADO) EN			DE CAMBIO (A A DE SOLICITUD)		JALIZADA 3s.)	
(Bs.) APORTES SISTEMA (CONSIGNADO EN CERTIFICADO DE CCM) FE																	$\overline{}$
	I. SALDO DE LA CUENTA PERSONAL (CPP) (A FECHA DE SOLICITUD)																
			PERSC	•													
FECHA	A DE S	OLICITUD	AC	SALE UMULA CPP (I	ADO EN	SAL	DO A		JLAD OTAS	O EN CI S)	PP	(N°	VALOR C	UOTA SOLICI	(A FECHA TUD)	DE	
DÍA	MES	AÑO			•	DADA	۸۵۱	CUDA	DAC								Ī
	NSIDA TES SS	AD DE SO/SIP (B)	1	N° DE H			SIDA	EGURA AD APO ACIDOS	DRTE	S POR	HIJ	os	DENSIDAD I	DE AP	ORTES (A	+B+C)	
IV. AÑOS D		BAJO INS	ALUBI		ECHA DE DE AÑOS							VIDLE (DOD		FFC	LIAC	
	ISALU			IN -		LUBR		AJU				MPLEA	ADOR		FEC	HAS	
Nº DE	CEDT	IFICADO	_	Ν°	DE AÑOS	DE T	DΛR	Λ10			E	MPLE/	NDOP		EEC	HAS	
	ISALU					LUBR						VIF LL,					
	DE CIT	TE DE N JURADA		ÁREA	AÑOS DE	TIVA D	EL S	SECTO			EI	MPLEA	ADOR		FEC	HAS	
			-+	M	INERO M	EIALL	JKGI	icu									
INSALUB	RE CO	S TRABAJO MO MINER	-		OTAL N°	E CON	10 N	IINERO				SO	ÍMITES LIDARIOS				
~	MESES	GISTA DÍAS	5	AÑOS	COOP 6 M	ESES	1015	DÍA	AS			SI	MINEROS NO				
LA GESTO				_		_		ΓADO D	DΕ	NOR		DE V F	RMA DEL RE	CDO1	ICADI F O	ECTOD A	

LUGA	R					A DE C A ECHA	ÁLCULO DI	E REFE	RENTE	SALAR		N° [
I. DATO	S DEL A	SEGUF	RADO												
PRIME	R APELL	IDO	SEG	SUNDO AF	PELLIDO	APE	ELLIDO CAS	SADA	PF	RIMER	NOMBRE	SEC	GUND	О NОМВ	RE
CI	UA	TIDO	D DOC	•	N° DOC.		COMPL.	CI			DE NACIMI	ENTO		EDAD	
	JA		ENT.		DENTIDAD		COMPL.	CI	DÍ		MES	AÑO		EDAD	1
ΙΙ CÁΙ C	CULO DE	REFE	RENT	E SALARI	ΔΙ										
II. OALC	JOLO DL		XLIVII.	LOALAN	AL										
DENSIE APOF		PERI PAG P ADE	N° ODOS ADOS OR LANT DO	CONS S REF	ERIODOS IDARADO PARA ERENTE LARIAL	N	ERENCIA MAYOR IRE TG O IC (%)	SINI	FECHA DI ESTRO (S A INVALII MUERTE	OLO DEZ Y	CALEND MES AN FEC SOLIC (\$US) (S	TIMO DÍA DARIO DEL ITERIOR A HA DE ITUD (BS. OLO PARA :JEZ)		FECHA E SOLICITU	
								DÍA	MES	AÑO			DÍA	MES	AÑO
TIPO DE	REFEREN	ITE SAL	ARIAL	-:	VEJEZ	S	OLIDARIA DI	E VEJEZ		RII	ESGOS	F	RETIR	OS MÍNIMO	os
N° DE PERIOD OS	PERIO DO	% VARIA		TG O IC (RANGO)	TIPO DE O PERIO (Bs/\$	DO	TC NOV-7 (Bs. /\$u		UFV PERIODO	AN F	JFV MES TERIOR A ECHA DE DLICITUD	MENSUALIZA (*)	ADO	TG O IC B MANTENII DE VA	MIENTO
60															
59 58															
57															
56 55															
54															
53															
52 51															
50															
49 48															
47															
46															
45 44															
43															
42 41															
40															
39															
38 37										+					
36															
35 34										+					
33										\pm					
32															
31 30										+					
29															
28 27										+					
26										+					
25															
24 23										+					
22															
21															
20 19										+					

18									
17									
16									
15									
14									
13									
12									
11									
10									
9									
8									
7									
6									
5									
4									
3									
2									
1									
					ТОТ	AL REFERI	ENTE SALARIA	L =	
(*) Corresp	onde señala	ır el N° de días ap	ortados para lo	os periodos en los que e	l TG fue mensualizado.				

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE GESTORA

FORMULARIO DE COMPARACIÓN DE PENSIONES LUGAR Y FECHA DE RECEPCIÓN I. DATOS DEL ASEGURADO CUA PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO **APELLIDO** PRIMER **SEGUNDO** NOMBRE NOMBRE CASADA **ESTADO CIVIL** TIPO DOC. N° DOC. IDENTIDAD COMPL. CI **FECHA DE NACIMIENTO** SEXO IDENT. MES DÍA AÑO М F II. DATOS DEL TRÁMITE N° DE SOLICITUD FECHA DE SOLICITUD **REGIONAL** III. DERECHOHABIENTES PRIMER **SEGUNDO APELLIDO** PRIMER SEGUNDO PARENTESCO % DE ASIGNACIÓN **APELLIDO** APELLIDO CASADA NOMBRE NOMBRE VEJEZ/ SOL. RIESGOS **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

LU	GAR Y I	-ECHA	OF KE	CEPCION	J					N	l°						
I. DA	TOS DE	EL ASE	EGURAI	00													
Cl	JA	l	PRIMER	APELLI	00	SEG	UNDO	APELL	IDO	1	ELLIDO ASADA		PRIME NOMB		ı	SEGUN NOMB	
	PO DOC IDENT.	;.	N° DOC	. IDENTI	DAD (COMPL	. CI	FEC DÍA		E NACII	MIENTO AÑO	E	STADO	CIVIL		SEX	0
															М	F	
	ITE GES DE SAL		MA	TRICULA	DE ASE	GURAD	0		DEPA	RTAME	NTO				PRO	/INCIA	
	CIUDAI	D	Z	ONA/ VIL	LA/BARR	IO/SEC	TOR				DIR	ECCIÓN	V				N°
	. 		<u> </u>										0 - 04				
IE	LÉFON	OICEL	ULAR	CAS	ILLA POS	IAL					CORRE	O ELE	CTRÓNI	CO			
II. D	ATOS D																
ı	PRIMEI APELLIC		SEG	UNDO AF	PELLIDO	A	PELLID	O CAS	ADA		PR	IMER N	IOMBRE			SEGUI NOME	
1	TIPO DO	C.	N°	DOC.	COM	 IPL. CI		P	AREN	NTESCO)		SEXC)	 	ELÉFO	ONO/
	IDENT		IDEN	ITIDAD								М	F			CELUI	LAR
DED	A DT 4 1 4	ENTO	550	. //NIOIA							70114				Д		
DEP	ARTAM	ENIO	PRO	VINCIA		IUDAD					ZONA	VILLA/I	BARRIO	/SECTOI	К		
			DIR	ECCIÓN					N°		CORRE	O ELEC	CTRÓNIC	0	CASIL	LA PO	STAL
CC	OPIA	CÓ	D.	TUTO	RÍA	N° D	E N	l° DE	1	NOMBRI	E DEL		FECHA I	DE	V	ALIDA	CIÓN
SI	NO			SI	NO	 ``						DÍA	MES	AÑO	APRO	В	RCH
III. D	ATOS E	DE LA :	SOLICIT	UD													
				HABII	LITACIÓN	J						REP	osiciói	N _		7	
							FF	RACCIÓ	N SC	OLIDARI	Α —		7			_	
								CM					_ _				
								_					_ _				
							PE	ENSIÓN	ı								
IV. D				NO COBF													
NIO.					BILITAC		TO (D-)	N 10	-	-DIODO				REPOSIC		ONTO	(00)
N°	PERIC	שטטכ	1	FRACCIÓ PENSIÓN		MON	ITO (Bs)) N°	PE	ERIODO	S FRA	ACCION	I O PEN	SION (*)	, N	IONTO	(B2)
(*) D	ETALLA	AR LA	FRACC	IÓN Y/O I	PENSIÓN	QUE C	ORRES	POND	4								
					De Tutorí				no cı	umpla la	s condic	iones le	egales y	fuera ol	servac	o por	la
Ges	wra en	su pro	ceso de	vanuaci	ón, este t	i amite s	sera ani	uiado.									

FIRMA DE RECEPCIÓN RESPONSABLE DE GESTORA

FIRMA DEL SOLICITANTE

FORMULARIO DE RENUNCIA DE DERECHO DE SOLICITAR REVISIÓN DE DICTAMEN

LUG	SAR Y F	ECH.	A DE RE	CEP	CIÓN								N°	Γ								
I. DA	TOS DI	EL AS	SEGURA	DO			<u> </u>															
CI	UA	PR	IMER A	PELL	IDO		SEGUNI	DO AF	PELLI	IDO			APELLI			PR NO	IME		Τ	SEG	_	
													0,10,12					·-				_
TIP	O DOC	<u>:</u>	N° DOC	: IDE	NTID	AD	СОМРІ	. CI		FEC	HA D	E NA	CIMIEN	JTO	E	STA	00	CIVIL		SE	ΧO	
	DENT.									ÍΑ	ME			ÑΟ								
															Ш,					М		F
EN	ITE GE SAL		R DE				ULA DE JRADO				DEPA	RTAI	MENTO)					PI	ROVINO	CIA	
	CIUI	DAD		ZON	NA/ VI	LLA	/BARRIO/S	SECTO	DR					DIR	ECCI	ÓN						N°
TEI	ÉFON	2/CEI	ULAR	1	CACII	ΙΛ	POSTAL						COL	DEC	ELE	CTDÓ	NII/	-				
IEL	EFUN	JICEI	LULAR	-	CASII	LLA	PUSTAL						COF	KEC	CLE	CIRC	JIVIC	.0				
II DA	TOSD	EI C	OLICITA	NITE																		
	RIMER			GUN	DΩ	Т	۸DI	ELLID	0.04	SAD	١٨			DDIN	1ER N	IOMB	DE		Т	SEG	IINIC	0
	PELLID			PELLI			AFI	LLLID	0 07	SAD	^^			FIXIII	ILK I	OIVID	ΝL			NON	_	
	LLLID																			1401	יוטוי	
TIPO DOC. N° DOC. COMPL. CI PARENTESCO																SE	хо			TELÉ	FON	10/
IDENT. IDENTIDAD																				CEL	ULA	R
														М		F	•					
DEPARTAMEN PROVINCIA CIUDAD ZONA/VILLA/BARRIO/SECTOR																						
			DIF	RECC	IÓN						N°		COL	RRE) ELE	CTR	<u>ÍNC</u>	со	C	ASILLA	POS	STAL
			,																			,
	PIA	_	ÓD.		ST.		N° DE		° DE	_			RE DEL	-		FECH				VALID	ACI	ON
	DC. INT.	V	ER.		rorí A	'	PODER	NO	TARÍ	A		NOI	ARIO			REVI	SIO	N				
SI	NO			SI	NO										DÍA	ME	s	AÑO		APROB		RCH.
5	1700	\	LOT A BAE																			
	ATOS L O DE)EL L	ICTAME N°		IA DE	_	FECHA		CHA DI	_	ORIGE	NI I	CAUSA		RCENT	A 1E		TIENE		MONT	2 DE	UCIÓN
	AMEN	DIC	TAMEN		SIÓN	NO	TIFICACIÓN/		IESTR		URIGE	N '	CAUSA	POI	(%)	AJE	со	BERTUR	RA		QUE	NSION
(INV/	FALL)						JBLICACIÓN								,		-			CORRE	SPON	IDERÍA
																	SI	NO	Ш			
							ITAR REV															
							en el nume															
mism	o y cor	ı la fe	cha de s	iniest	ro (in\	/alide	ez o falleci	miento) dete	ermir	nada,	renu	ncio a r	ni de	recho	a pe	dir F	Revisió	n de	Dictan	ien,	por lo
							citud de rev															
) M° (0822/2011,	SOLICI	to que	e ei c	citado	dicta	men qu	ieae	ejecu	toriad	o a	partir (зе та	ı fecha d	de e	ntrega
y sus	cripcior	ı aeı p	resente	tormu	ilario.																	
REN	UNCIO	A MI	DEREC	A OF	PEDI	R RE	EVISIÓN D	E DIC	TAME	EN												
En el	evento	que	el Poder	о Те	st. de	Tuto	ría de inic	io de t	rámit	e no	cump	la la	s condi	cione	s lega	ales y	fue	ra obs	erva	do por l	a G	estora
en su	proces	so de	validació	n, est	te trán	nite s	será anulac	lo.														
	FIRM	ΛA DI	EL ASEC	URA	DO O	SOI	LICITANTE	.			FIR	MA	DE REC	EPC	IÓN F	RESP	ONS	SABLE	DE	GEST	DRA	

FORMULARIO DE SOLICITUD DE REVISIÓN DE DICTAMEN

LUGANTI		ヽレ∟ヽ	LCLFCI	OIV					V								
I. DATOS I	DEL AS	SEGUI	RADO														
CUA	PR	IMER	APELLII	00	SEGUN	DO AP	ELLIDO		Α	PELLIDO	Р	RIME	R NO	MBRE	S	EGUI	NDO
									(CASADA					N	NOME	BRE
TIPO DO	C.	N° D	OC. IDE	NTID	AD COMP	L. CI	FEC	CHA D	E NAC	CIMIENTO		ESTA	DO (CIVIL		SEX	O
IDENT	.						DÍA	М	ES	AÑO							
															М		F
ENTE GE	STOR	DE	MATR	ICUL	A DE ASEGURA	ADO	'	DEPA	RTAN	IENTO					PROV	INCIA	
SAI	LUD																
															-		
CIU	DAD		ZON	A/ VII	LLA/BARRIO/S	ECTOR				DIRE	CCIÓ	N	-				N°
																+	
TELÉFOI	NO/CE	LULA	R	CASI	LLA POSTAL					CORREO	ELEC	TRÓN	IICO				
II. DATOS	DEL S	OLICI	TANTE														
ASEGUR	ADO			D	ERECHOHABII	ENTE]	E	MPLEADO	R						
		T '						ı							_		
PRIME	R		SEGUN	DO	AP	ELLIDO	CASAL	PΑ		PRI	MER	NOME	RE		S	EGUI	NDO
APELLII	DO		APELLI	DO											1	NOME	
														-			
TIPO DO	C.	N	° DOC.		COMPL. CI		Р	AREN	ITESC	0		SI	EXO		TE	LÉFO	ONO/
IDENT	•	IDE	NTIDAD	.											C	ELUI	LAR
											М		F				
DEDARTA	MEN	DD			CILIDAD					70NA/VII	I A/R	۸ DDI	OISE	CTOP			
DEPARTAMEN PROVINCIA CIUDAD ZONA/VILLA/BARRIO/SEC																	
			DIRECC	IŲN				N°		CORREC) FI F	CTRÓ	NIC	0	CASILL	A PC	OSTAL
			Dii(LOC							GOTTILE					0710122		, , , , , <u>, , , , , , , , , , , , , , </u>
COPIA	С	ÓD.	TUTO	RÍA	N° DE	N	, DE		IOMBI	RE DEL		FEC	HA D)E	VA	LIDA	CIÓN
DOC.	- 1	ER.			PODER		ΓARÍA			ARIO			ISIÓ				
IDENT.																	
SI NO			SI	NO							DÍA	M	ES	AÑO	APR	≀OB	RCH.
III. DATOS	DEL D	ICTAI	MEN								•	•					
TIPO DE		N°	FECHA	DE	FECHA		ORIG	EN	CAUS	A PORCEN	I TI	ENE C	OBE	RTURA	MON	ITO PI	ENSIÓN
DICTAMEN		CTA	EMISIC	ĎΝ	NOTIFICACIÓN		:			TAJE (%)					QUI	
(INV./FALL.) 1	IEN			ACIÓN EN PR	ENSA									COF	RKESI RÍA	PONDE
				-				-			SI		N	0	_	- KIF	`
IV. SOLICI	TUD D	E REV	ISIÓN D	EL D	ICTAMEN						_ J.						
	. 00 0	,	10.0.1		O I / WILLIA												
SOLICITO R	EVISIÓ	N DEL	DICTAME	EN NR	o			SE AD	JUNTA	DOCUMENTA	ACIÓN	SI			NO		
LISTA DE D	OCLIME	POTIA:		ne.											_		
_				03.													
MOTIVO DE	LA SO	LICITU	D:														
E			D :	-	D. T. A. V. de de la						_ 1	1	c				
					De Tutoría de ir		tramite n	o cum	ipia ias	s condicione	s iega	ies y	luera	observ	/ado po	r ia G	estora
en su proce	รรบ นิย	vailud	cion, est	= uaii	iite será anulado	J.											
							1										
FI	RMA D	DEL AS	SEGURA	NDO C	SOLICITANTE	Ē		FIF	RMA D	E RECEPCI	ÓN R	ESPO	NSA	BLE D	E GEST	ORA	
										· · • ·							

FORMULARIO DE SOLICITUD DE RECALIFICACIÓN

LUGAR Y	FECHA	DE F	RECEPCI	ÓN												
I. DATOS	DEL AS	SEGU	JRADO													
CUA	PRI	IMER	APELLI	DO	SEGUN	DO AP	ELLIDO		-	APELLIDO		PRIME	R	SE	GUNE	00
										CASADA		NOMB	RE	NC	MBR	E
TIPO DO	C.	N° I	DOC. IDE	NTIDAD	COMPI	L. CI	FEC	HA D	E NA	CIMIENTO	E	STADO	CIVIL	5	SEXO	
IDENT							DÍA	MI	ES	AÑO						
														M		F
ENTE GE			MATRI	CULA DE A	ASEGURAD	00		DEPA	RTA	MENTO				PROVIN	ICIA	
DE SA	LUD															
CIUD	AD		ZONA	/ VILLA/B	ARRIO/SEC	CTOR				DIRE	CCIÓN	١			ı	٧°
TELÉFO	NO/CE	LULA	١R	CASILLA	POSTAL		COF	RREO	ELEC	CTRÓNICO		CC	OPIA DO	C.	C	ÓD.
													IDENT.		VI	ER.
												SI		NO		
II. DATOS	DEL S	OLIC	ITANTE (LLENAR S	SOLO SI ES	DIFE	RENTE D	EL AS	EGU	RADO)						
PRIMER A	APELLI	DO	SEGI	JNDO APE	LLIDO	APE	ELLIDO C	ASAD	Α	PRIMI	ER NO	MBRE		SEG		
														NON	/IBRE	
TIPO DO	C. IDEN	JT.		DOC.	COMPL	.		P/	AREN	ITESCO				SEXO		
			IDEN	ITIDAD	CI											_
00014.00			oó.		1								M		F	<u> </u>
COPIA DO	C. IDE	NI.	CÓD. VER.	N° DE PODER	N° D NOTAI		NOM	BRE L)EL N	IOTARIO		FECHA DE REVISIÓ		VAL	IDAC	ION
SI	NC		VER.	PUDER	NOTAL	RIA					DÍA	MES	AÑO	APRO	D	RCH
31	NC	,									DIA	MES	ANO	APRO	В	ксн
III. DATOS	CENE	DALI	EC DEL F	NCT A MEN												
		$\overline{}$														
	HA DE	Di	ÍA ME	S AÑO	N° I				RE	SOLUCIÓN	ADMIN	ISTRATI	VA			
DICT	AMEN				DICTA	MEN										
<u> </u>																
BO	DCENT	FA 1E	(0/1 DE E	ÉDDIDA F	DE CAPACI	DAD				RÍGEN		CAUS	٠.			
10	KCENI	AJE	` '	ORAL	DE CAPACI	DAD			O	RIGEN		CAUS)A			
IV DETAI	LEDE	106			DICOS DD	ESEN.	TADOS P	ΔΡΔΙ	ΔΡΙ	ECALIFICACI	ÓN					
CANTIDA		LUS	DOCUM		SCRIPCIÓI				-A K	LOALIFICACI		ORIGI	ΝΔΙ	_	OPIA	
SANTIDA	_			<i></i>	JOINI CIOI	- DLL	DOCUME					Oitioi	11/AL		JI 1A	

FIRMA DE RECEPCIÓN RESPONSABLE DE GESTORA

FIRMA DEL ASEGURADO O SOLICITANTE