

**RESOLUCIÓN 103-03 QUE MODIFICA LA RESOLUCION 72-03 SOBRE BENEFICIOS DE PENSIÓN DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO: PENSIÓN POR VEJEZ, PENSIÓN POR CESANTÍA POR EDAD AVANZADA, PENSIÓN POR DISCAPACIDAD Y PENSIÓN DE SOBREVIVENCIA.**

**CONSIDERANDO:** Que de conformidad con la Ley No. 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, en lo adelante la Ley, el sistema de pensiones tiene como objetivo reemplazar la pérdida o reducción del ingreso por vejez, fallecimiento, discapacidad, cesantía en edad avanzada y sobrevivencia;

**CONSIDERANDO:** Que el Artículo 44 de la Ley establece que el Régimen Contributivo del Sistema de Pensiones otorgará las prestaciones siguientes: a) pensión por vejez, b) pensión por discapacidad total o parcial, c) pensión por cesantía por edad avanzada y d) pensión de sobrevivencia;

**CONSIDERANDO:** La facultad normativa de la Superintendencia de Pensiones, en lo adelante, la Superintendencia, establecida en el Artículo 2, literal c), numeral 9 de la Ley;

**VISTA:** La Ley 87-01, de fecha 9 de mayo de 2001 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social;

**VISTO:** El Reglamento de Pensiones, aprobado mediante el Decreto 969-02 del Poder Ejecutivo de fecha diecinueve (19) de diciembre del 2002;

**VISTO:** La Resolución 72-03 Sobre Beneficios de Pensión del Régimen Contributivo: Pensión por Vejez, Pensión por Cesantía por Edad Avanzada, Pensión por Discapacidad y Pensión de Sobrevivencia de fecha veinticinco (25) de abril del año dos mil tres (2003).

**La Superintendencia de Pensiones, en virtud de las atribuciones que le confiere la Ley**

**RESUELVE:**

**DISPOSICIONES GENERALES**

**Artículo 1.** Se modifica el literal d) del Artículo 8 para que en lo sucesivo lea:

**d. Solicitud de Calificación de Discapacidad a la Comisión Médica Regional**

La AFP deberá solicitar a la Comisión Médica Regional, en lo adelante CMR, correspondiente al lugar de residencia del afiliado la calificación de discapacidad del afiliado

dentro de los cinco (5) días hábiles de haber recibido la Solicitud de Pensión por Discapacidad.

Las calificaciones de discapacidad serán dictaminadas por las comisiones médicas competentes en base a las normas, criterios y parámetros para evaluar y calificar el grado de discapacidad que sean establecidas por la Comisión Técnica sobre Discapacidad a partir de lo dispuesto en la Ley.

La Solicitud de Calificación de Discapacidad deberá realizarla la AFP, enviando al Presidente de la CMR que corresponda, el formulario "Solicitud de Calificación de Discapacidad", cuyo formato deberá ajustarse al que figura en el Anexo No. 8 de la presente Resolución.

Los formularios "Solicitud de Calificación de Discapacidad" se identificarán mediante un código alfanumérico de cuatro (4) letras y siete (7) dígitos. Las cuatro letras identificarán a la AFP que realiza la solicitud de calificación de discapacidad y corresponden a las primeras cuatro letras del nombre comercial de la misma, mientras que los siete dígitos identificarán el número del formulario.

Junto al formulario "Solicitud de Calificación de Discapacidad" la AFP deberá anexar una copia del formulario de "Solicitud de Pensión por Discapacidad" suscrito por el afiliado.

Cualquier otro antecedente en poder del afiliado que sea considerado por éste como relevante para establecer el dictamen sobre la discapacidad, deberá ser entregado personalmente por el afiliado a la CMR mientras dure el proceso de evaluación de la discapacidad por dicha Comisión.

La AFP deberá enviar al afiliado por el medio que el afiliado haya elegido para el envío de sus estados de cuenta, una copia del formulario "Solicitud de Calificación de Discapacidad" que en respuesta a su solicitud de pensión fue remitido a la CMR correspondiente para fines de evaluar y calificar la misma. Esta copia deberá ser enviada al afiliado a más tardar en un plazo de cinco (5) días calendario luego de que haya sido remitida a la CMR.

La CMR deberá convocar al afiliado a más tardar 10 días calendario después de haber recibido la Solicitud de Calificación de Discapacidad para fines de iniciar el proceso de evaluación y calificación de la discapacidad.

**Artículo 2.** Se modifica el literal e) del Artículo 8 para que en lo sucesivo lea:

**e. Respuesta de la Comisión Médica Regional**

El dictamen de la CMR respecto de la solicitud de calificación de discapacidad presentada por una AFP con relación a uno de sus afiliados, se producirá dentro de los sesenta (60) días contados desde la fecha en que el afiliado concurre por primera vez ante la CMR para ser

examinado. Los resultados del dictamen serán remitidos por la CMR a la Superintendencia a más tardar dos (2) días hábiles después de originarse el mismo, la cual lo remitirá a la AFP correspondiente en los dos (2) días hábiles siguientes. La AFP deberá remitir el mencionado dictamen al afiliado y a la Compañía de Seguros correspondiente a más tardar dos (2) días hábiles después de haber recibido el mismo.

Las notificaciones a las partes involucradas se harán mediante correo con acuse de recibo o acto de alguacil.

La CMR notificará a la Superintendencia el resultado de su evaluación mediante una de las repuestas siguientes:

- 1) Suspensión temporal o ampliación del plazo para evaluar la discapacidad.

La CMR podrá suspender el plazo de sesenta (60) días para dictaminar, en los dos (2) casos que se señalan a continuación:

- i) Existen atenciones médicas pendientes por haber sido postergadas por razones administrativas en los servicios médicos a los que debe recurrir el trabajador.
- ii) Existen razones clínicas que precisan la postergación de los exámenes que deban practicarse al afiliado.

La suspensión del plazo para dictaminar y su respectiva prórroga deberá ser notificada por la CMR a la Superintendencia por correo certificado a más tardar al quinto (5to) día de adoptada la decisión. La Superintendencia la remitirá a la AFP correspondiente en los dos (2) días hábiles siguientes y ésta deberá remitirle al afiliado y a la Compañía de Seguros con quien contrató la póliza, a más tardar dos (2) días hábiles después de haber recibido la misma.

La AFP deberá esperar el resultado del trámite, archivando la comunicación de extensión del plazo de evaluación recibida de la CMR en el expediente individual del afiliado. Una vez recibido el dictamen deberá ceñirse al procedimiento que corresponda, según lo señalado en los numerales 2) y 3) del presente literal.

- 2) Dictamen que rechaza la discapacidad del afiliado.

El procedimiento a seguir se define en el literal g) del presente artículo y depende de la causa de rechazo de la solicitud de calificación de discapacidad.

- 3) Dictamen que aprueba la discapacidad del afiliado.

El procedimiento a seguir en este caso se define en el literal h) del presente artículo.

**Artículo 3.** Se modifica el literal h) del Artículo 8 para que en lo sucesivo lea:

**h. Dictamen que aprueba la discapacidad del afiliado.**

Si la Compañía de Seguros interpusiera un reclamo ante la Comisión Médica Nacional y ésta revocara el dictamen de discapacidad ya aprobada, esto es, rechaza la discapacidad del afiliado, la AFP deberá archivar el dictamen en el expediente del afiliado y dará por finalizado el trámite de solicitud de pensión de discapacidad.

Si no se presentare apelación en el transcurso estipulado, o si la CMN dictaminara la discapacidad del afiliado, la Superintendencia incluirá en la agenda de la próxima sesión de la Comisión Técnica sobre Discapacidad la emisión de la certificación de discapacidad de conformidad con las disposiciones de los Artículos 47 de la Ley 87-01 y 107 del Reglamento de Pensiones.

**Artículo 4.** Se modifica el literal i) del Artículo 8 para que en lo sucesivo lea:

**i. Remisión de las Certificaciones de Discapacidad a las AFP**

La Comisión Técnica sobre Discapacidad remitirá la certificación de discapacidad a la AFP correspondiente, en un plazo no mayor de tres (3) días hábiles de haber sido conocido por la Comisión Técnica sobre Discapacidad. La AFP deberá remitir la Certificación al afiliado y a la Compañía de Seguros con quien contrató la póliza, a más tardar dos (2) días hábiles después de haber recibido la misma.

**Artículo 5.** Se modifica el literal j) del Artículo 8 para que en lo sucesivo lea:

**j. Notificación a las Compañías de Seguros**

Dentro de los diez (10) días calendario siguientes de recibida la certificación que declara la discapacidad del afiliado, la AFP deberá informar a la Compañía de Seguros lo siguiente:

1. Documento con salario base del afiliado, equivalente al promedio del salario cotizable indexado de los últimos tres (3) años. La referida indexación se realizará de conformidad a la variación del Índice de Precios al Consumidor informada por el Banco Central de la República Dominicana.

La fórmula para calcular el salario base del afiliado para fines de obtener la pensión por discapacidad es la siguiente:

$$\left( \frac{\omega_{t-24} \cdot \left( \frac{ipc_t}{ipc_{t-24}} \right) + \omega_{t-12} \cdot \left( \frac{ipc_t}{ipc_{t-12}} \right) + \omega_t}{3} \right) = \varpi$$

donde:  $\varpi$  es el promedio del salario cotizabile indexado de los últimos tres años  
 $\omega_t$  es el salario base de cotización del afiliado en el mes t.  
 $ipc_t$  es el índice de precios al consumidor en el mes t.  
t es el mes en el cual ocurre el siniestro que da origen a la discapacidad.

2. La Cédula de Identidad y el Carné de Seguridad Social del discapacitado para los fines de que la Compañía de Seguros pase a fungir como agente de retención de los pagos a la Seguridad Social a través de la Tesorería, y continúe pagando las contribuciones deduciendo del monto de la pensión por discapacidad, los porcentajes establecidos en la Ley hasta que el discapacitado cumpla con los requisitos para optar por una pensión por vejez. Los pagos correspondientes a la cobertura del seguro de discapacidad y sobrevivencia seguirán siendo realizados por las AFP a las Compañías de Seguros de forma normal a más tardar el día hábil siguiente a que hayan recibido los recursos correspondientes a ese concepto.

Dada en Santo Domingo, Distrito Nacional, Capital de la República Dominicana, a los cinco (5) días del mes de agosto del año dos mil tres (2003).

Persia Alvarez de Hernández  
Superintendente de Pensiones

Logo y nombre de la AFP
----------------------------

## SOLICITUD DE PENSION POR VEJEZ

Fecha Suscripción

Día		Mes		Año	

No. Solicitud:

A	A	A	A	0	0	0	0	0	0	1
Código AFP				No. Correlativo						

## Tipo de pensión solicitada

  


Pensión por vejez afiliado con 60 años o más y 360 meses cotizados.

Pensión por vejez afiliado con 55 años o más y fondo que le permite obtener una pensión superior en un 50% a la pensión mínima.

## Información del afiliado

## Identificación:

Apellidos \_\_\_\_\_

Nombres \_\_\_\_\_

Número de Seguridad Social \_\_\_\_\_ Cédula de identidad o electoral \_\_\_\_\_

Estado civil \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Nacionalidad \_\_\_\_\_

## Dirección particular :

Calle \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_ Edificio / Apto. \_\_\_\_\_

Sector \_\_\_\_\_ Sección \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Tel. Residencia \_\_\_\_\_ Cel. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

## Antecedentes laborales:

Ocupación \_\_\_\_\_

Nombre o razón social empleador \_\_\_\_\_

Calle \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_ Edificio / Apto. \_\_\_\_\_

Sector \_\_\_\_\_ Sección \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

## Identificación del Representante de la AFP

Apellidos \_\_\_\_\_

Nombres \_\_\_\_\_

Documentación que se acompaña: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FIRMA DEL AFILIADO

FIRMA REPRESENTANTE AFP Y SELLO

Logo y nombre de la AFP

**ESTIMACION RETIRO PROGRAMADO**

Fecha Suscripción

Día	Mes	Año

No. Solicitud:

A	A	A	A	0	0	0	0	0	0	1
Código AFP				No. Correlativo						

**Tipo de pensión estimada**

- Pensión por vejez afiliado con 60 años o más y 360 meses cotizados.
- Pensión por vejez afiliado con 55 años o más y fondo que le permita obtener una pensión superior en un 50% a la pensión mínima.
- Pensión por cesantía por edad avanzada afiliado mayor de 57 años con al menos 300 meses cotizados.
- Pensión por cesantía por edad avanzada afiliado mayor de 57 años que no tiene 300 meses cotizados.
- Pensión mínima a cargo del Fondo de Solidaridad Social para afiliados mayores de 65 años con un mínimo de 300 meses cotizados.

**Antecedentes afiliado**

**Identificación:**

Apellidos \_\_\_\_\_

Nombres \_\_\_\_\_

Número de Seguridad Social \_\_\_\_\_ Cédula identidad o electoral \_\_\_\_\_

Estado civil \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Nacionalidad \_\_\_\_\_

**Antecedentes para cálculo retiro programado:**

	Cuotas	Pesos
Saldo Cuenta Individual :	Cotizaciones obligatorias	
	Cotizaciones voluntarias	
	Bono y/o certificado de reconocimiento	
	Traspaso Fondo de Solidaridad Social	
	Total	

Tasa interés utilizada: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA REPRESENTANTE AFP Y SELLO

Logo y nombre  
de la AFP

**RECEPCION DOCUMENTACION**

Fecha de Recepción		
Día	Mes	Año

Con esta fecha, declaro haber recibido de la AFP los documentos siguientes:

- 1) Estado de Cuenta de Capitalización Individual;
- 2) Instructivo para optar por una de las modalidades de Pensión;
- 3) Estimación Retiro Programado;
- 4) Relación actualizada de las Compañías de Seguros;

---

**FIRMA DEL AFILIADO**

---

**FIRMA REPRESENTANTE AFP Y SELLO**



Logo y nombre de la AFP
----------------------------

## SELECCIÓN DE LA MODALIDAD DE PENSIÓN

Fecha Suscripción

Día		Mes		Año	

No. Solicitud:

A	A	A	A	0	0	0	0	0	0	1
Código AFP				No. Correlativo						

## Tipo de pensión solicitada

- Pensión por vejez afiliado con 60 años o más y 360 meses cotizados.
- Pensión por vejez afiliado con 55 años o más y fondo que le permita obtener una pensión superior en un 50% a la pensión mínima.
- Pensión por cesantía por edad avanzada afiliado mayor de 57 años con al menos 300 cotizaciones.
- Pensión por cesantía por edad avanzada afiliado mayor de 57 años que no tiene 300 meses cotizados.
- Pensión mínima a cargo del Fondo de Solidaridad Social afiliados mayores 65 años con un mínimo de 300 meses cotizados.

## Información a completar por el afiliado solicitante

Apellidos \_\_\_\_\_

Nombres \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

**Dirección particular :**

Calle \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_ Edificio / Apto. \_\_\_\_\_

Sector \_\_\_\_\_ Sección \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Tel. Residencia \_\_\_\_\_ Cel. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

## Selección modalidad pensión

Renta Vitalicia

Retiro Programado

## Selección de la Compañía de Seguros (En caso de elegir Renta Vitalicia)

Compañía de Seguros para contratar la Renta Vitalicia \_\_\_\_\_

## Identificación del Representante de la AFP

Apellidos \_\_\_\_\_

Nombres \_\_\_\_\_

Documentación que se acompaña: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FIRMA DEL AFILIADO

FIRMA REPRESENTANTE AFP Y SELLO

Logo y nombre de la  
AFP

**SOLICITUD DE PENSION POR CESANTIA POR EDAD AVANZADA**

Fecha Suscripción

Día	Mes	Año

No. Solicitud:

A	A	A	A	0	0	0	0	0	0	1
Código AFP				No. Correlativo						

**Tipo de pensión solicitada**

  


- Pensión por cesantía por edad avanzada afiliado mayor de 57 años con más de 300 meses cotizados.
- Pensión por cesantía por edad avanzada afiliado mayor de 57 más que no tiene 300 meses cotizados.

**Información del afiliado**

**Identificación:**

Apellidos \_\_\_\_\_

Nombres \_\_\_\_\_

Número de Seguridad Social \_\_\_\_\_ Cédula identidad o electoral \_\_\_\_\_

Estado civil \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Nacionalidad \_\_\_\_\_

**Dirección particular :**

Calle \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_ Edificio / Apto. \_\_\_\_\_

Sector \_\_\_\_\_ Sección \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Tel. Residencia \_\_\_\_\_ Cel. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

**Antecedentes laborales:**

Ocupación \_\_\_\_\_

Nombre o razón social empleador \_\_\_\_\_

Calle \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_ Edificio / Apto. \_\_\_\_\_

Sector \_\_\_\_\_ Sección \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**Identificación del Representante de la AFP**

Apellidos \_\_\_\_\_

Nombres \_\_\_\_\_

Documentación que se acompaña: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL AFILIADO

\_\_\_\_\_  
FIRMA REPRESENTANTE AFP Y SELLO

Logo y nombre de la AFP
----------------------------

**SOLICITUD DE PENSION MÍNIMA A CARGO DEL FONDO  
DE SOLIDARIDAD SOCIAL**

Fecha Suscripción					
Día	Mes		Año		

**No. Solicitud:**

A	A	A	A	0	0	0	0	0	0	0	1
Código AFP				No. Correlativo							

**Información del afiliado**

**Identificación:**

Apellidos \_\_\_\_\_

Nombres \_\_\_\_\_

Número de Seguridad Social \_\_\_\_\_ Cédula identidad o electoral \_\_\_\_\_

Estado civil \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Nacionalidad \_\_\_\_\_

**Dirección particular :**

Calle \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_ Edificio / Apto. \_\_\_\_\_

Sector \_\_\_\_\_ Sección \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Tel. Residencia \_\_\_\_\_ Cel. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

**Antecedentes laborales:**

Ocupación \_\_\_\_\_

Nombre o razón social empleador \_\_\_\_\_

Calle \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_ Edificio / Apto. \_\_\_\_\_

Sector \_\_\_\_\_ Sección \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**Identificación del Representante de la AFP**

Apellidos \_\_\_\_\_

Nombres \_\_\_\_\_

**Documentación que se acompaña:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**FIRMA DEL AFILIADO**

\_\_\_\_\_

**FIRMA REPRESENTANTE AFP Y SELLO**

Logo y nombre de la AFP
----------------------------

**SOLICITUD DE PENSION POR DISCAPACIDAD**

Fecha Suscripción					
Día		Mes		Año	

**No. Solicitud:**

A	A	A	A	0	0	0	0	0	0	1
Código AFP				No. Correlativo						

**Información del afiliado**

<b>Identificación:</b>	
Apellidos _____	
Nombres _____	
Número de Seguridad Social _____	Cédula identidad o electoral _____
Estado civil _____	Sexo _____ Nacionalidad _____
<b>Dirección particular :</b>	
Calle _____	No. _____ Edificio / Apto. _____
Sector _____	Sección _____ Municipio _____
Ciudad _____	Tel. Residencia _____ Cel. _____ E-mail _____
<b>Antecedentes laborales:</b>	
Ocupación _____	
Nombre o razón social empleador _____	
Calle _____	No. _____ Edificio / Apto. _____
Sector _____	Sección _____ Municipio _____
Ciudad _____	Teléfono _____ e-mail _____

**Identificación del Representante de la AFP**

Apellidos _____
Nombres _____

**Documentación que se acompaña:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL AFILIADO**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA REPRESENTANTE AFP Y SELLO**

Logo y nombre de la  
AFP

**SOLICITUD DE CALIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD**

Fecha Suscripción

Día		Mes		Año	

**No. Solicitud:**

A	A	A	A	0	0	0	0	0	0	1
Código AFP					No. Correlativo					

**Señores :**  
**Comisión Médica Regional**  
xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

**Sírvase someter a examen por esa Comisión Médica, al trabajador afiliado a esta Administradora de Fondos de Pensiones, cuyos datos se indican a continuación y dictaminar sobre su capacidad de trabajo, para otorgarle el beneficio de Pensión de Discapacidad:**

**Antecedentes afiliado**

**Identificación :**

Apellidos \_\_\_\_\_

Nombres \_\_\_\_\_

Número de Seguridad Social \_\_\_\_\_ Cédula identidad o electoral o pasaporte \_\_\_\_\_

Estado civil \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Nacionalidad \_\_\_\_\_

**Antecedentes laborales**

Compañía/Nombre \_\_\_\_\_

Calle \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_ Edificio/Apto. \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Cargo que desempeña \_\_\_\_\_

**Compañía de Seguros**

Nombre de compañía \_\_\_\_\_

**Antecedentes discapacidad**

Enfermedad o síntomas en que se basa la solicitud: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Antecedentes que se acompañan (enumerarlos):

**SOLICITUD DE PENSION DE SOBREVIVENCIA  
DECLARACIÓN DE BENEFICIARIOS**

**ANEXO N° 9**

Logo y nombre de la  
AFP

Fecha Suscripción		
Día	Mes	Año

**No. Solicitud:**

A	A	A	A	0	0	0	0	0	0	1
Código AFP					No. Correlativo					

**Beneficiario 1**

Apellidos \_\_\_\_\_

Nombres \_\_\_\_\_

Parentesco con afiliado \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

**Dirección particular :**

**Acta de Matrimonio**  **Declaración Jurada**

Calle \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_ Edificio / Apto. \_\_\_\_\_

Sector \_\_\_\_\_ Sección \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Tel. Residencia \_\_\_\_\_ Cel. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

**Beneficiario 2**

Apellidos \_\_\_\_\_

Nombres \_\_\_\_\_

Parentesco con afiliado \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

**Dirección particular :**

Calle \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_ Edificio / Apto. \_\_\_\_\_

Sector \_\_\_\_\_ Sección \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Tel. Residencia \_\_\_\_\_ Cel. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

**Beneficiario 3**

Apellidos \_\_\_\_\_

Nombres \_\_\_\_\_

Parentesco con afiliado \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

**Dirección particular :**

Calle \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_ Edificio / Apto. \_\_\_\_\_

Sector \_\_\_\_\_ Sección \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Tel. Residencia \_\_\_\_\_ Cel. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

**Beneficiario 4**

Apellidos \_\_\_\_\_

Nombres \_\_\_\_\_

Parentesco con \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

**Dirección particular :**

Calle \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_ Edificio / Apto. \_\_\_\_\_

Sector \_\_\_\_\_ Sección \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Tel. Residencia \_\_\_\_\_ Cel. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

**Beneficiario 5**

Apellidos \_\_\_\_\_

Nombres \_\_\_\_\_

Parentesco con \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

**Dirección particular :**

Calle \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_ Edificio / Apto. \_\_\_\_\_

Sector \_\_\_\_\_ Sección \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Tel. Residencia \_\_\_\_\_ Cel. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL BENEFICIARIO

\_\_\_\_\_  
FIRMA REPRESENTANTE AFP Y SELLO