



# **SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES**

**Año de la Reactivación Económica Nacional**

**RESOLUCION 306-10 SOBRE BENEFICIOS DE PENSIÓN DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO: POR VEJEZ, POR DISCAPACIDAD, DE SOBREVIVENCIA Y POR CESANTIA POR EDAD AVANZADA. SUSTITUYE LAS RESOLUCIONES 72-03, 103-03, 125-03, 293-09, 294-09 Y 300-10.**

**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 Constitución de la República;

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

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

**VISTAS:** Las Resoluciones 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; 103-03 y 125-03 que modifican la Resolución 72-03; 293-09 que modifica el artículo 5 de la Resolución 103-03 y 294-09 que modifica el artículo 2 de la Resolución 293-09; 300-10 que modifica el artículo 1 de la Resolución 293-09 y agrega un numeral 3) al literal j) del artículo 8 de la Resolución 72-03.

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

**RESUELVE:**

## **DISPOSICIONES GENERALES**

**Artículo 1. Objeto.** Establecer las normas y procedimientos que deberán seguir las Administradoras de Fondos de Pensiones, AFP, para la tramitación y pago de los beneficios del Régimen

• Av. México No. 30, Gazcue • Santo Domingo, D.N., República Dominicana • Tel: 809-688-0018  
• Fax: 809-688-1500 • RNC: 4-01-514982 • Correo Electrónico: info@sipen.gov.do • www.sipen.gov.do



# **SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES**

## **Año de la Reactivación Económica Nacional**

Contributivo, considerados en la Ley.

**Artículo 2. Definiciones.** Para fines de la presente resolución se definen los conceptos siguientes:

- a) **Accidente de trabajo o enfermedad profesional.** Es toda lesión corporal y todo estado mórbido que el trabajador sufra por consecuencia del trabajo que realiza; las lesiones del trabajador durante el tiempo y en el lugar de trabajo, salvo prueba en contrario; los accidentes de trabajo ocurridos con conexión o por consecuencias de las tareas encomendadas por el empleador aunque estas fuesen distintas de la categoría profesional del trabajador; los accidentes acaecidos en actos de salvamento y en otros de naturaleza análoga cuando uno u otros tengan conexión con el trabajo; los de tránsito dentro de la ruta y de la jornada normal de trabajo; y las enfermedades cuya causa directa provengan del ejercicio de la profesión que realice una persona y que le ocasione discapacidad o muerte.
- b) **Afiliado cubierto.** Aquel afiliado que tiene el derecho de recibir una prestación de vejez, discapacidad, o sus beneficiarios una pensión de sobrevivencia. En los casos de discapacidad y sobrevivencia el empleador deberá haber realizado los aportes correspondientes, a través de la Tesorería de la Seguridad Social, TSS.
- c) **Apelación.** Proceso mediante el cual el afiliado y las compañías de seguros solicitan ante la Comisión Médica Nacional, CMN, la revisión, validación o rechazo de los dictámenes emitidos por las Comisiones Médicas Regionales.
- d) **Beneficiarios.** Son aquellas personas que tienen derecho a los beneficios de sobrevivencia en caso de fallecimiento del afiliado.
- e) **Calificación de Discapacidad.** Acto de otorgar al estado de discapacidad un valor porcentual, en función de la gravedad del daño, que realiza las Comisiones Médicas Regionales y/o Nacional.
- f) **Capacidad de Trabajo.** Conjunto de conocimientos, habilidades y destrezas que ha adquirido una persona y que le permiten desarrollar su profesión u oficio habitual, así como cualquier actividad laboral.
- g) **Capital técnico necesario.** Monto de dinero equivalente al valor actual esperado de las pensiones a las cuales tenga derecho el afiliado o sus beneficiarios.
- h) **Comisión Médica Nacional (CMN).** Es la instancia constituida por tres médicos designados por el Consejo Nacional de Seguridad Social, CNSS, que funge como instancia



# **SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES**

## **Año de la Reactivación Económica Nacional**

de apelación, cuya función es revisar, validar o rechazar los dictámenes de las Comisiones Médicas Regionales (CMR) que sean recurridos.

- i) **Comisión Médica Regional (CMR).** Es la instancia constituida por tres médicos designados por el CNSS responsables de evaluar y calificar el grado de discapacidad de los afiliados que soliciten la pensión por esta causa, de acuerdo al Manual de Evaluación y Calificación del Grado de Discapacidad aprobado por el CNSS o normas legales existentes.
- j) **Comisión Técnica sobre Discapacidad (CTD).** Es la instancia responsable de establecer las normas, criterios y parámetros para evaluar y calificar el grado de discapacidad. Emitirá las certificaciones de discapacidad total o parcial, tomando en cuenta la profesión o especialidad de la persona afectada.
- k) **Compañía de Seguros.** Toda compañía o sociedad debidamente autorizada por la Superintendencia de Seguros de común acuerdo con la Superintendencia de Pensiones de Pensiones (SIPEN) para dedicarse exclusivamente a la contratación de seguros y sus actividades consecuentes, de forma directa o a través de intermediarios.
- l) **Contrato Póliza del Seguro de Discapacidad y Supervivencia.** Es un acuerdo escrito, cuyas estipulaciones son reglamentadas y fijadas por el CNSS, en virtud del párrafo I del artículo 56 y demás disposiciones de la Ley 87-01 y sus modificaciones, mediante el cual una AFP contrata a una compañía de seguros autorizada a operar para tales fines, para que brinde los servicios de cobertura del seguro de discapacidad y supervivencia a todos los afiliados elegibles y sus beneficiarios para las prestaciones de discapacidad y supervivencia establecidas en la Ley 87-01, sus modificaciones y sus normas complementarias.
- m) **Día calendario.** Período de veinticuatro (24) horas que comienza y termina a las 12:00 de la noche.
- n) **Día Hábil.** Día de la semana de lunes a viernes, exceptuando días feriados.
- o) **Discapacidad.** Restricción o ausencia de la capacidad para realizar una (o más) actividad(es) o función (es) en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano, producto de una enfermedad o accidente, dificultando o imposibilitando a la persona a realizar una labor y las actividades de la vida diaria compatibles con sus capacidades.
- p) **Discapacidad anátomo-funcional.** Alteración en los sistemas fisiológicos, psicológicos o en las estructuras corporales a consecuencia de una lesión o una enfermedad. Su evaluación tendrá como objeto determinar el grado en que dicha alteración repercute en la capacidad del órgano o del sistema para ejecutar su función.



# **SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES**

## **Año de la Reactivación Económica Nacional**

- q) **Discapacidad laborativa.** Forma en que la discapacidad anatómico-funcional repercute en la capacidad de la persona para participar en todos los aspectos de su profesión habitual o especialidad en el trabajo.
- r) **Discapacidad por alteraciones en el desarrollo de las actividades de la vida diaria.** Repercusión de la discapacidad anatómico-funcional sobre la capacidad de la persona para realizar el conjunto de acciones y tareas que una persona desempeña o realiza diariamente en su vida cotidiana.
- s) **Discapacidad parcial.** Aquella condición en la que el afiliado sufre una reducción igual o superior a un medio ( $1/2$ ) e inferior a dos tercios ( $2/3$ ) en su capacidad de trabajo, conforme al dictamen que sea emitido por la CMR o CMN, según corresponda.
- t) **Discapacidad total.** Aquella en que el afiliado sufre una reducción en su capacidad de trabajo igual o superior a dos tercios ( $2/3$ ), conforme al dictamen que sea emitido por la CMR o CMN, según corresponda.
- u) **Documentos de identificación del afiliado.** Es el carné que lo acredita como cotizante de la Seguridad Social y/o cualquier otro documento oficial que permita comprobar su afiliación al Sistema.
- v) **Enfermedad profesional.** Es aquella cuya causa directa proviene del ejercicio de la profesión o del trabajo que realice una persona y que le ocasione discapacidad o muerte.
- w) **EPBD.** Es la Empresa Procesadora de la Base de Datos del Sistema.
- x) **Examen Físico.** Evaluación física por medio de la cual se realiza la evaluación de los diferentes aparatos y sistemas del cuerpo humano.
- y) **Evaluación y Calificación de la Discapacidad.** Es el procedimiento mediante el cual se estudia e identifica el tipo de discapacidad, la pérdida de las capacidades anatómico-funcionales, laborativa, de desarrollo de la vida diaria y otros factores de acuerdo al Manual de la Evaluación y Calificación del Grado de Discapacidad Atendiendo a La Profesión o Especialidad del Trabajo de la Persona Afectada, para tales fines, estableciendo la permanencia de dicha discapacidad y las repercusiones en sus actividades de la vida diaria. El proceso de evaluación y calificación de la discapacidad culmina con la expiración del plazo de apelación del dictamen emitido por la Comisión Médica Regional. En caso de la existencia del recurso de apelación, el proceso de evaluación y calificación de la discapacidad culmina con la emisión del dictamen por



# **SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES**

## **Año de la Reactivación Económica Nacional**

parte de la Comisión Médica Nacional.

- z) Fecha de concreción de la discapacidad.** Fecha en la cual, por la evidencia que reposa en la historia clínica, se establece que la persona tiene una discapacidad definitiva y permanente, total o parcial, en sus diferentes grados.
- aa) Fecha del evento (siniestro).** Se tomará como fecha del evento (siniestro), la fecha del accidente cuando la causa sea accidente y en casos de enfermedad, se tomará como fecha del siniestro, la fecha en que se realizó el diagnóstico de la enfermedad por el médico tratante. Para los casos de sobrevivencia, la fecha del evento es la fecha del fallecimiento del afiliado.
- bb) Herencia Previsional.** Es el saldo de recursos disponibles en la Cuenta de Capitalización Individual, CCI, al momento en que el afiliado pasivo fallece, siempre que éste haya optado por la modalidad de pensión de Retiro Programado. Asimismo, respecto del afiliado activo que fallece, se considerará herencia el saldo de la CCI cuando no existan los beneficiarios designados en el artículo 51 de la Ley.
- cc) Historia Clínica.** Conjunto de datos proporcionados por la persona que está siendo evaluada clínicamente, sobre su ambiente y detalles del comienzo y desarrollo de la condición de salud o enfermedad. Incluye el examen físico.
- dd) Pensión.** Es la prestación pecuniaria que otorga el Sistema Dominicano de Pensiones, SDP, a sus afiliados y a sus beneficiarios cuando corresponda. Las pensiones serán otorgadas por vejez, discapacidad total o parcial, sobrevivencia y cesantía por edad avanzada.
- ee) Renta Vitalicia.** Modalidad de pensión que contrata un afiliado al momento de pensionarse con una compañía de seguros, en la que ésta se obliga al pago de una renta mensual, desde el momento en que se suscribe el contrato hasta su fallecimiento.
- ff) Retiro Programado.** Modalidad de pensión que contrata con una AFP el afiliado al momento de pensionarse con cargo al saldo que mantiene en su Cuenta Individual, recibiendo una pensión mensual en función del monto de su CCI y de su expectativa de vida.
- gg) Siniestro.** Suceso que tiene como consecuencia el fallecimiento o la condición de discapacidad parcial o total de un afiliado.
- hh) Valoración de la discapacidad o del daño.** Acto mediante el cual el médico de la CMR



# **SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES**

## **Año de la Reactivación Económica Nacional**

evalúa al afiliado que solicita la pensión por Discapacidad Permanente, el estado físico actual del paciente, su pronóstico y la conclusión que sustenta el estado de discapacidad, relacionado con su trabajo actual.

### **PENSION POR VEJEZ**

**Artículo 3. Pensión por vejez para los afiliados con 60 años de edad o más y con un mínimo de 360 meses cotizados.**

#### **a. Requisitos**

El afiliado tendrá derecho a la pensión por vejez cuando haya cumplido los siguientes requisitos:

- i. Tener sesenta (60) años de edad o más.
- ii. Haber cotizado un mínimo de trescientos sesenta (360) meses.

#### **b. Solicitud de pensión**

El procedimiento que debe seguir el afiliado para solicitar esta pensión es el siguiente:

- i. Llenar el formulario “Solicitud de Pensión por Vejez” según el formato presentado en el Anexo No. 1 de la presente Resolución.
- ii. El formulario deberá ser suscrito en original y copia y completado por un representante debidamente acreditado de la AFP. El afiliado deberá entregar los documentos que se indican a continuación:
  - Extracto de su Acta de Nacimiento, debidamente certificada.
  - Copia de su Cédula de Identidad.

Al afiliado debe entregársele la copia del formulario, con sello y firma del representante de la AFP y acuse de recibo de los documentos anexados.

#### **c. Verificación de requisitos**

En el plazo de cinco (5) días hábiles, contados desde la fecha de recepción de la solicitud de pensión con toda la documentación requerida, la AFP deberá verificar si el afiliado solicitante acredita tener los requisitos exigidos en el literal a) del presente artículo. De cumplir estos requisitos, la AFP deberá incorporar en el expediente del afiliado el original de la solicitud de pensión y los documentos anexos.



# **SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES**

## **Año de la Reactivación Económica Nacional**

**Párrafo:** La AFP solicitará a la EPBD, por vía electrónica preferiblemente, o en su defecto por vía física, la información sobre el número de meses cotizados por el afiliado cuya pensión está siendo solicitada, a más tardar en los dos (2) días hábiles siguientes a la recepción de la solicitud de pensión con toda la documentación requerida anexa. La EPBD responderá a la AFP, por vía electrónica preferiblemente, o en su defecto por vía física, a más tardar en los dos (2) días hábiles siguientes al requerimiento realizado por la AFP. El protocolo de intercambio de información será oficializado por la Superintendencia de Pensiones mediante Circular.

### **d. Entrega de la información necesaria para la selección de la modalidad de pensión**

Una vez que la AFP haya verificado que el afiliado cumple los requisitos para pensionarse, ésta deberá poner a disposición del afiliado dentro del plazo de cinco (5) días hábiles, contados desde la fecha de recepción de la información remitida por la EPBD, los documentos que se indican a continuación:

- i. Estado de la Cuenta de Capitalización Individual, de conformidad al formato establecido por la Superintendencia de Pensiones, incluyendo el monto acumulado al día de la solicitud de pensión.
- ii. Instructivo que señale claramente los pasos que debe seguir el afiliado para optar por alguna de las modalidades de pensión (Retiro Programado o Renta Vitalicia). Este instructivo deberá ser aprobado por la Superintendencia de Pensiones y deberá contener una descripción de las características del Retiro Programado y de la Renta Vitalicia.
- iii. Estimación del monto de pensión bajo la modalidad de Retiro Programado que obtendría hasta la última edad que figure en la tabla de sobrevivencia establecida por la Superintendencia de Pensiones mediante Resolución, desagregada en cuotas mensuales con el objeto de que el afiliado esté edificado sobre la evolución de su pensión si opta por esta modalidad. Dicha estimación de la pensión se determinará con el saldo de la cuenta de capitalización individual cortado al día de la solicitud de la pensión y con la metodología de cálculo que establezca la Superintendencia de Pensiones por medio de Resolución.

La estimación del retiro programado se elaborará en original y copia y deberá contener lo especificado en el Anexo No. 2 “Estimación Retiro Programado” en la presente Resolución. El original será entregado al afiliado y la copia con acuse de recibo quedará en su expediente en la AFP. Ambos documentos deberán llevar la



# **SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES**

## **Año de la Reactivación Económica Nacional**

fecha de emisión, debidamente respaldada con el sello y una firma autorizada de la AFP.

- iv. Relación actualizada de las compañías de seguros autorizadas a ofrecer rentas vitalicias para que el afiliado pueda contactar estas compañías y evaluar sus opciones. La Superintendencia de Pensiones mantendrá actualizada la relación de las compañías de seguros autorizadas y remitirá cualquier cambio en dicha relación a las AFP.

**Párrafo:** Los documentos antes señalados deberán ser entregados al afiliado con un acuse de recibo de parte del mismo, cuyo formato está presentado en el Anexo No. 3 "Recepción Documentación". Este documento deberá ser mantenido por la AFP en el expediente correspondiente al afiliado. La información podrá ser enviada al afiliado por el medio de comunicación que éste haya elegido al momento de solicitar la pensión.

### **e. Selección modalidad de pensión**

Una vez el afiliado haya evaluado sus opciones, éste se presentará en la AFP para manifestar expresamente su elección entre la modalidad de renta vitalicia o de retiro programado. Para tal efecto, deberá llenar el formulario "Selección de la Modalidad de Pensión", el cual será proporcionado por la AFP y contendrá, como mínimo, lo señalado en el Anexo No. 4 de la presente Resolución.

El formulario de selección de la modalidad de pensión se confeccionará en original y copia. El original debidamente llenado y firmado por el afiliado, y sellado por el representante de la AFP, será ingresado en el expediente del afiliado, mientras que la copia quedará en poder del afiliado. En caso de haber seleccionado un retiro programado, la AFP deberá anexar al expediente del afiliado copia firmada por éste aprobando la estimación del monto de pensión y la forma de pago de la misma (cheque o transferencia bancaria).

**Párrafo I:** En caso de haber seleccionado una renta vitalicia, el afiliado deberá indicar en el formulario de selección de la modalidad de pensión, la compañía de seguros elegida, para los fines de que la AFP inicie el proceso de transferencia de los recursos acumulados en su CCI a dicha compañía. El afiliado deberá presentar a la AFP, la comunicación de la compañía de seguros elegida por éste para contratar la renta vitalicia. Dicha comunicación deberá especificar el monto mensual estimado que recibirá el afiliado durante el primer año de su pensión y deberá estar firmada por el afiliado como muestra de aprobación. La transferencia de los recursos deberá materializarse a más tardar el tercer día hábil después





# **SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES**

## **Año de la Reactivación Económica Nacional**

de que el afiliado haya notificado a la AFP mediante comunicación escrita, la compañía de seguros elegida por éste para contratar la renta vitalicia.

**Párrafo II:** Las AFP deberán remitir a la Superintendencia de Pensiones en el formato electrónico y tiempo establecido por ésta mediante Circular, la información referente a las solicitudes de pensiones (i.e., identificación del afiliado, modalidad elegida, fecha de solicitud, monto de los recursos acumulados en la Cuenta de Capitalización Individual). Para el caso de la renta vitalicia, las AFP deberán informar a la Superintendencia de Pensiones, la compañía de seguros elegida por el afiliado, la fecha en que se transferirán los recursos del afiliado a dicha aseguradora y el monto transferido a dicha aseguradora por concepto de saldo acumulado en CCI del afiliado. Las compañías de seguros deberán remitir a la Superintendencia de Pensiones, en el formato electrónico y tiempo establecido por ésta mediante Circular, la información referente a las rentas vitalicias (i.e., identificación del afiliado, AFP desde la cual recibe los recursos, monto de dinero recibido, fecha en que recibe la transferencia, fecha del primer pago).

### **f. Fecha a partir de la cual se devenga la pensión por vejez**

En caso de Retiro Programado, las AFP realizarán los pagos el último día hábil de cada mes, siempre y cuando hayan transcurrido al menos cinco (5) días hábiles entre la fecha de recepción del formulario “Selección de la Modalidad de Pensión” y el último día hábil del mes. En su defecto, deberá iniciarse el pago a partir del mes siguiente. Para formalizar el otorgamiento de la pensión, las AFP entregarán al afiliado una certificación de la modalidad de pensión elegida que indique la fecha a partir de la cual comenzará a devengarse la pensión por vejez.

En caso de renta vitalicia, las compañías de seguros realizarán los pagos el último día hábil de cada mes, siempre y cuando hayan transcurrido al menos cinco (5) días hábiles entre la fecha de recepción de los fondos por parte de la AFP y el último día hábil del mes. En su defecto, deberá iniciarse el pago a partir del mes siguiente. Para formalizar el otorgamiento de la pensión, las compañías de seguros entregarán al afiliado una certificación de la modalidad de pensión elegida que indique la fecha a partir de la cual comenzará a devengarse la pensión por vejez. La Superintendencia de Pensiones, de común acuerdo con la Superintendencia de Pensiones de Seguros, fiscalizará a las compañías de seguros que ofrezcan rentas vitalicias a los pensionados, conforme a los artículos 55 y 108, literal h) de la Ley 87-01.

### **g. Comunicación que debe efectuar la AFP a los afiliados que cumplen la edad legal para pensionarse por vejez**



# **SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES**

## **Año de la Reactivación Económica Nacional**

La EPBD remitirá por vía electrónica preferiblemente, o en su defecto por vía física, a cada AFP un listado con la relación de sus afiliados que cumplirán con la edad legal y con el mínimo de meses cotizados para optar por una pensión por vejez, con una anticipación de cuatro (4) meses al cumplimiento de dichos requisitos. Las AFP a su vez procederán a enviar a estos afiliados candidatos a pensionarse, con una anticipación de por lo menos tres (3) meses, mediante el medio de comunicación que éstos hayan elegido para recibir sus estados de cuenta, una comunicación donde se indique lo siguiente:

- i. Que, de acuerdo con la información disponible, el afiliado al cabo de los próximos tres (3) meses podría cumplir con los requisitos para pensionarse, si así lo desea, siempre y cuando tenga al menos 360 cotizaciones.
- ii. Que, en atención a lo anterior, si el afiliado desea dar comienzo a los trámites tendentes a la obtención de su pensión por vejez, deberá llenar y presentar en la AFP el formulario de “Solicitud de Pensión por Vejez” anexo a la comunicación.
- iii. Las AFP deberán enviar en anexo a la comunicación el instructivo explicativo indicado en el literal d), inciso ii) del presente artículo respecto de las dos (2) modalidades que el afiliado tiene como opción para hacer efectiva su pensión por vejez, la renta vitalicia y retiro programado.

**Artículo 4. Pensión por vejez a los afiliados con 55 años o más y que tengan acumulado un fondo que le permita obtener una pensión que supere en un 50% o más a la pensión mínima.**

### **a. Requisitos**

El afiliado tendrá derecho a la pensión por vejez cuando haya cumplido los requisitos siguientes:

- i. Haber cumplido cincuenta y cinco (55) años.
- ii. Haber acumulado un fondo que le permita disfrutar de una jubilación que supere en un cincuenta por ciento (50%) o más a la pensión mínima.

En caso de que la modalidad de pensión sea Retiro Programado, se considerará el resultado del cálculo hasta la última anualidad, atendiendo a la expectativa de vida del afiliado al momento de la solicitud de pensión de conformidad con lo establecido en la Circular 15-03 emitida por esta Superintendencia de Pensiones.



# **SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES**

## **Año de la Reactivación Económica Nacional**

### **b. Solicitud pensión por vejez**

Se deberá proceder conforme lo dispuesto en el literal b) del Artículo 3 de la presente Resolución.

### **c. Verificación de requisitos**

En el plazo de cinco (5) días hábiles, contados desde la fecha de recepción de la solicitud de pensión con toda la documentación requerida, la AFP deberá verificar si el afiliado solicitante cumple con los requisitos exigidos en el literal a) del presente artículo. De cumplir estos requisitos, la AFP deberá incorporar en el expediente del afiliado el original de la solicitud de pensión y los documentos anexos.

### **d. Entrega de la información necesaria para la selección de la modalidad de pensión**

Se deberá proceder conforme lo dispuesto en el literal d) del Artículo 3 de la presente Resolución.

### **e. Selección modalidad de pensión**

Se deberá proceder conforme lo dispuesto en el literal e) del Artículo 3 de la presente Resolución.

### **f. Fecha a partir de la cual se devenga la pensión por vejez**

Se deberá proceder conforme lo dispuesto en el literal f) del Artículo 3 de la presente Resolución.

## **PENSION POR CESANTIA POR EDAD AVANZADA**

**Artículo 5. Pensión por cesantía por edad avanzada de afiliados mayores de 57 años con al menos 300 meses cotizados.**

### **a. Requisitos**

El afiliado tendrá derecho a la pensión mínima en caso de cesantía por edad avanzada cuando haya cumplido los requisitos siguientes:

- i. Quede privado de un trabajo remunerado.



# **SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES**

## **Año de la Reactivación Económica Nacional**

- ii. Haya cumplido cincuenta y siete (57) años de edad.
- iii. Haya cotizado un mínimo de trescientos (300) meses.
- iv. Que el afiliado registre en su CCI un saldo suficiente para recibir un monto de pensión igual o superior a la mínima.

### **b. Solicitud de pensión mínima por cesantía por edad avanzada**

Para obtener la pensión mínima por cesantía por edad avanzada, el afiliado deberá suscribir el formulario “Solicitud de Pensión por Cesantía por Edad Avanzada” señalado en el Anexo No. 5 de la presente Resolución, incluyendo la documentación siguiente:

- i. Extracto del Acta de Nacimiento del afiliado, debidamente certificada.
- ii. Copia de la Cédula de Identidad.
- iii. Certificación de la TSS que indique que a la fecha de la solicitud de pensión el afiliado no cuenta con un empleo remunerado.

Al afiliado debe entregársele la copia del formulario, con sello y firma del representante de la AFP y acuse de recibo de los documentos incluidos.

### **c. Verificación de requisitos**

En el plazo de cinco (5) días hábiles, contados desde la fecha de recepción de la solicitud de pensión con toda la documentación requerida, la AFP deberá verificar el cumplimiento de los requisitos establecidos.

De cumplir estos requisitos, la AFP deberá incorporar en el expediente del afiliado el original de la solicitud de pensión y los documentos anexos.

**Párrafo I:** La AFP solicitará a la EPBD, por vía electrónica preferiblemente, o en su defecto por vía física, la información sobre el número de meses cotizados por el afiliado cuya pensión está siendo solicitada, a más tardar en los dos (2) días hábiles siguientes a la recepción de la solicitud de pensión con toda la documentación requerida anexa. La EPBD responderá a la AFP, por vía electrónica preferiblemente, o en su defecto por vía física, a más tardar en los dos (2) días hábiles siguientes al requerimiento realizado por la AFP. El protocolo de intercambio de la información será oficializado por la Superintendencia de Pensiones mediante Circular.



# **SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES**

## **Año de la Reactivación Económica Nacional**

**Párrafo II:** El CNSS dictará las normas complementarias que regularán todo lo concerniente a la cesantía laboral, conforme lo establecido en el Párrafo I, Artículo 50 de la Ley 87-01.

### **Artículo 6. Pensión por cesantía por edad avanzada para los afiliados mayores de 57 años que no tienen 300 meses cotizados.**

El afiliado cesante mayor de cincuenta y siete (57) años y que no haya cotizado un mínimo de trescientos (300) meses recibirá una pensión en base a sus fondos acumulados o podrá seguir cotizando hasta cumplir con el mínimo de trescientos (300) meses. La información sobre los meses cotizados estará disponible en la EPBD a solicitud de las AFP.

#### **a. Requisitos**

El afiliado tendrá derecho a la pensión mínima en caso de cesantía por edad avanzada cuando haya cumplido los requisitos siguientes:

- i. Quede privado de un trabajo remunerado.
- ii. Haya cumplido cincuenta y siete (57) años de edad.
- iii. No haber cotizado trescientos (300) meses.

#### **b. Solicitud pensión por cesantía por edad avanzada**

Para obtener la pensión por cesantía por edad avanzada, el afiliado deberá suscribir el formulario “Solicitud de Pensión por Cesantía por Edad Avanzada” que figura en el Anexo No. 5 de la presente Resolución, incluyendo la documentación siguiente:

- i. Extracto del Acta de Nacimiento del afiliado, debidamente certificada.
- ii. Copia de la Cédula de Identidad.
- iii. Certificación de la TSS que indique que a la fecha de la solicitud de pensión el afiliado no cuenta con un empleo remunerado.

Al afiliado debe entregársele la copia del formulario, con sello y firma del representante de la AFP y acuse de recibo de los documentos anexados.



# **SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES**

**Año de la Reactivación Económica Nacional**

## **c. Verificación de requisitos**

En el plazo de cinco (5) días hábiles, contados desde la fecha de recepción de la solicitud de pensión con toda la documentación requerida, la AFP deberá verificar lo siguiente:

- i. Que el afiliado tenga cincuenta y siete (57) o más años de edad.
- ii. Que el afiliado efectivamente no haya cotizado un mínimo de 300 meses.
- iii. Que el afiliado registre en su CCI un saldo suficiente para recibir un monto de pensión igual o superior a la mínima.

De cumplir estos requisitos, la AFP deberá incorporar en el expediente del afiliado el original de la solicitud de pensión y los documentos anexos.

**Párrafo I:** La AFP solicitará a la EPBD, por vía electrónica preferiblemente, o en su defecto por vía física, la información sobre el número de meses cotizados por el afiliado cuya pensión está siendo solicitada, a más tardar en los dos (2) días hábiles siguientes a la recepción de la solicitud de pensión con toda la documentación requerida anexa. La EPBD responderá a la AFP, por vía electrónica preferiblemente, o en su defecto por vía física, a más tardar en los dos (2) días hábiles siguientes al requerimiento realizado por la AFP. El protocolo de intercambio de la información será oficializado por la Superintendencia de Pensiones mediante Circular.

**Párrafo II:** El Consejo Nacional de Seguridad Social, CNSS, dictará las normas complementarias que regularán todo lo concerniente a la cesantía laboral, conforme lo establecido en el Párrafo I, Artículo 50 de la Ley 87-01.

## **PENSION MINIMA A CARGO DEL FONDO DE SOLIDARIDAD SOCIAL**

**Artículo 7. Pensión mínima a cargo del Fondo de Solidaridad Social, FSS, para afiliados de bajos ingresos mayores a 65 años con un mínimo de 300 meses cotizados.**

### **a. Requisitos**

El afiliado de bajos ingresos tendrá derecho a la pensión mínima garantizada con el



# **SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES**

## **Año de la Reactivación Económica Nacional**

acceso a los recursos del Fondo de Solidaridad Social cuando haya cumplido los requisitos siguientes:

- i. Acreditar una edad mayor a sesenta y cinco (65) años de edad.
- ii. Haber cotizado un mínimo de trescientos (300) meses.
- iii. Que la cuenta personal del afiliado no haya acumulado lo suficiente para cubrir la pensión mínima.

### **b. Solicitud de Pensión**

El procedimiento que debe seguir el afiliado para solicitar la pensión mínima es el siguiente:

- i. Llenar el formulario “Solicitud de Pensión Mínima a Cargo del Fondo de Solidaridad Social” según el formato presentado en el Anexo No. 6 de la presente Resolución. El formulario debe ser suscrito en original y copia y debe ser completado por un representante debidamente acreditado de la AFP. El afiliado debe entregar un Extracto de su Acta de Nacimiento debidamente certificada y copia de su Cédula de Identidad. Asimismo, la AFP deberá entregarle al afiliado la copia del formulario, con sello y firma del representante de la AFP y acuse de recibo de los documentos anexados.

### **c. Verificación de requisitos**

En el plazo de cinco (5) días hábiles, contados desde la fecha de recepción de la solicitud de pensión con toda la documentación requerida, la AFP deberá verificar lo siguiente:

- i. Que el afiliado tenga sesenta y cinco (65) o más años de edad.
- ii. Que el afiliado efectivamente haya cotizado un mínimo de 300 meses.
- iii. Que la cuenta personal del afiliado no haya acumulado lo suficiente para cubrir la pensión mínima.

De cumplir estos requisitos, la AFP deberá incorporar en el expediente del afiliado el original de la solicitud de pensión y los documentos anexos.

**Párrafo:** La AFP solicitará a la EPBD, por vía electrónica preferiblemente, o en su defecto por vía física, la información sobre el número de meses cotizados por el afiliado cuya



## **SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES**

### **Año de la Reactivación Económica Nacional**

pensión está siendo solicitada a más tardar en los dos (2) días hábiles siguientes a la recepción de la solicitud de pensión con toda la documentación requerida anexa. La EPBD responderá a la AFP, por vía electrónica preferiblemente, o en su defecto por vía física, a más tardar en los dos (2) días hábiles siguientes al requerimiento realizado por la AFP. El protocolo de intercambio de la información será oficializado por la Superintendencia de Pensiones mediante Circular.

#### **d. Requerimiento de fondos complementarios al Fondo de Solidaridad Social (FSS), para pagar la pensión mínima**

La AFP tendrá un plazo de cinco (5) días hábiles contados desde el momento en que se haya completado el expediente de pensión para determinar el monto de los recursos que deberá requerir del FSS. Para ello deberá:

- i. Determinar el capital necesario para el pago de la pensión mínima atendiendo a las bases técnicas establecidas por la Superintendencia de Pensiones.
- ii. Comparar dicho capital técnico necesario con los fondos acumulados en la cuenta de capitalización individual del afiliado.
- iii. Si el capital técnico necesario para el pago de la pensión mínima es superior al saldo de la CCI, se deberá solicitar a la AFP Pública que complete los recursos necesarios para el pago de la pensión mínima con cargo al Fondo de Solidaridad Social.
- iv. Si en cualquier momento el recálculo anual de la pensión arroja un resultado de forma tal que la pensión calculada está por debajo de la mínima, la AFP deberá de solicitar un complemento de recursos a la AFP Pública con cargo al Fondo de Solidaridad Social.
- v. Las pensiones que ameriten acceder al Fondo de Solidaridad Social para completar la pensión mínima, sólo podrán concederse bajo la modalidad de retiro programado.

La AFP Pública deberá solicitar a la Superintendencia de Pensiones una certificación de que procede la entrega de los recursos del FSS para complementar el pago de la Pensión Mínima, a más tardar el día hábil siguiente de haber recibido una solicitud para completar un monto constitutivo para pensión mínima. La Superintendencia de Pensiones dispondrá de cinco (5) días hábiles para la entrega de dicha certificación a la AFP Pública.

El requerimiento a la AFP Pública de los recursos del Fondo de Solidaridad Social para los fines de completar el monto constitutivo para el pago de la pensión mínima de un afiliado deberá realizarse dentro del plazo de cinco (5) días hábiles indicado precedentemente, mediante comunicación escrita. La AFP Pública, para poder ejecutar la transferencia de los recursos del FSS deberá contar con la certificación de la Superintendencia de Pensiones de





# **SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES**

## **Año de la Reactivación Económica Nacional**

que procede la entrega de estos recursos. Una copia de dicho requerimiento deberá adjuntarse al expediente del afiliado en la AFP. La AFP Pública deberá transferir los recursos solicitados para completar la pensión mínima del afiliado solicitante a más tardar el segundo día hábil, luego de haber recibido la certificación que autoriza la misma de parte de la Superintendencia de Pensiones.

**Párrafo:** Este procedimiento aplica aún cuando el afiliado que requiere los fondos complementarios esté afiliado a una AFP Pública.

### **e. Fecha a partir de la cual se devenga la pensión mínima**

Para formalizar el otorgamiento de la pensión, las AFP entregarán al afiliado, en un plazo de tres (3) días hábiles contados a partir de la recepción de los fondos por parte de la AFP Pública, una certificación que indique la fecha a partir de la cual comenzará a devengarse la pensión mínima. Los pagos deberán realizarse el último día hábil de cada mes, siempre y cuando hayan transcurrido al menos cinco (5) días hábiles entre la fecha de recepción de los recursos por parte de la AFP Pública y el último día hábil del mes. En su defecto, deberá iniciarse el pago a partir del mes siguiente.

## **PENSION POR DISCAPACIDAD**

### **Artículo 8. Pensión por Discapacidad de origen no laboral o de enfermedades no profesionales.**

#### **a. Requisitos**

El afiliado tendrá derecho a una pensión por discapacidad cuando cumpla con los requisitos siguientes:

1. Estar cubierto por el seguro de discapacidad y sobrevivencia.
2. Contar con un dictamen de la CMR que corresponda a su lugar de residencia o bien de la CMN cuando se amerite en caso de apelación, que establezca que el afiliado sufre una enfermedad o lesión crónica de origen no laboral que reduce su capacidad de trabajo de la forma siguiente:
  - i. Entre un medio (1/2) y dos tercios (2/3) califica para la discapacidad parcial.
  - ii. En dos tercios (2/3) o más califica para la discapacidad total.



## **SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES**

### **Año de la Reactivación Económica Nacional**

3. Que la certificación de discapacidad total o parcial haya sido emitida por la CTD.
4. No haber fallecido durante el proceso de evaluación de la discapacidad.

#### **b. Afiliados Cubiertos**

Se encuentran cubiertos por el seguro de discapacidad y sobrevivencia todos los afiliados que cumplan con los requisitos siguientes:

1. Sus empleadores hayan realizado los aportes a las AFP, tanto del porcentaje a su cargo como del porcentaje a cargo del trabajador, destinados a cubrir el costo del seguro de discapacidad y sobrevivencia.
2. Que la AFP haya pagado la prima correspondiente a la compañía de seguros que ésta ha elegido para los fines de contratar el seguro de discapacidad y sobrevivencia.

**Párrafo I:** Los aportes destinados a cubrir el costo del seguro de discapacidad y sobrevivencia deberán ser realizados dentro del plazo establecido en la Ley y sus normas complementarias. Por su parte, el pago de la prima de la AFP a la compañía de seguros deberá realizarse a más tardar el día hábil siguiente de haber recibido los recursos por ese concepto.

**Párrafo II:** La compañía de seguros no tiene responsabilidad alguna en caso de que la AFP no realice el pago del costo de seguro de discapacidad y sobrevivencia y ocurra un siniestro. En caso de que la AFP no haya realizado el pago, tendrá la responsabilidad de cubrir la pensión por discapacidad.

**Párrafo III:** El afiliado y/o sus beneficiarios tendrán derecho a las pensiones por discapacidad total o parcial y de sobrevivencia, respectivamente, a partir del primer pago realizado por la AFP a la compañía de seguros contratada a tal efecto para la cobertura de dichas pensiones.

#### **c. Solicitud de Pensión por Discapacidad**

Para obtener la pensión por discapacidad, el afiliado o su representante legal con poder notarial y/o Acto de Interdicción (según sea el caso), deberán suscribir en la AFP correspondiente, el formulario “Solicitud de Evaluación y Calificación de Discapacidad Permanente FORM-SECDP-01” que figura en el Anexo No. 7 de la presente Resolución,



## **SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES**

### **Año de la Reactivación Económica Nacional**

incluyendo la documentación siguiente:

- i. Acta de nacimiento o extracto del Acta de Nacimiento.
- ii. Copia de la Cédula de Identidad y/o Documento de Identificación.
- iii. Cierre de caso y/o certificados médicos.
- iv. Documentación médica original relacionada con la condición de salud que genera la solicitud de evaluación y calificación de discapacidad.
- v. Documento probatorio del empleador, indicando si está trabajando en la actualidad o hasta qué fecha trabajó, así como la ocupación y horario de trabajo.

La AFP iniciará los trámites para el otorgamiento de la pensión por discapacidad sólo después de haber revisado que el afiliado haya presentado la totalidad de la documentación requerida. En caso de que la documentación no esté completa, la AFP devolverá al afiliado o a su representante legal mediante formulario FORM-DEV-09, que figura en el Anexo No. 8, explicando por escrito el motivo y la información que falta para que la complete.

El formulario “Solicitud de Evaluación y Calificación de Discapacidad Permanente FORM-SECDP-01” deberá ser confeccionado por la AFP en tres (3) ejemplares. Un ejemplar deberá ser incluido en el expediente individual del afiliado en la AFP; el segundo ejemplar se enviará a la CMR correspondiente y el tercer ejemplar quedará en poder del solicitante, especificando los documentos médicos presentados. Todos los ejemplares deberán llevar la fecha de recepción por la AFP debidamente respaldada con el sello y la firma del representante de la AFP y la firma del solicitante de la evaluación y calificación.

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

La AFP remitirá a la CMR 0 – Santo Domingo, en un plazo no mayor de tres (3) días hábiles contados a partir de la fecha en que el afiliado presenta la totalidad de los documentos requeridos, el expediente completo del afiliado en sobre sellado, conteniendo el original del formulario FORM-SECDP-01, fotocopia del documento de identificación, los originales de los documentos médicos listados y especificados en el FORM-SECDP-01 y copia del poder notarial o acto de interdicción que acredite como representante del afiliado a la persona que haga la solicitud, en caso de que aplique, acompañado del certificado médico que certifica el estado de salud del afiliado que impide su presencia en la AFP.



# **SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES**

## **Año de la Reactivación Económica Nacional**

Una vez la CMR 0 reciba el expediente completo, la Secretaría de la CMR 0 le asigna un número de caso dándoselo a conocer a la AFP. La AFP tendrá la responsabilidad de hacer llegar al afiliado y a la compañía de seguros copia del acuse de recibo con el número de caso asignado, en un plazo de tres (3) días calendario contados a partir del día en que el expediente es recibido en la CMR 0. La CMR 0 remitirá a la CTD SIPEN copia del acuse de recibo con el número de caso asignado en un plazo de cinco (5) días calendario contados a partir del día en que el expediente es recibido en la CMR 0.

Si el expediente enviado por la AFP no está completo, la CMR 0 no asignará número de caso hasta que esté completo e informará a la AFP, por escrito o vía electrónica los documentos que faltan en un plazo de dos (2) días hábiles. La AFP completará el expediente en un plazo de diez (10) días hábiles siguientes a la recepción de la notificación de los documentos faltantes. Si el expediente no ha sido completado, la CMR 0 lo devolverá a la AFP.

En caso de que el expediente no corresponda al afiliado, o que el lugar de residencia actual del afiliado no corresponda a la Región registrada en el FORM-SECP-01, la CMR 0 devolverá el expediente en un plazo no mayor a cinco (5) días hábiles a la AFP a través del mensajero de la AFP. En este caso, el plazo de evaluación y calificación se suspende hasta la recepción del expediente completo.

La AFP deberá enviar mensualmente a la CMR 0 y a la Superintendencia de Pensiones durante los cinco (5) primeros días hábiles del mes, una relación de los casos que se encuentran en trámite. Dicha relación debe contener el nombre del afiliado, cédula de identidad, el número de caso, la entidad receptora del caso, fecha de envío a la CMR 0, estatus del expediente (certificado, en proceso de revisión por parte de la CTD, devuelto por CTD a CMR, otros estatus), fecha de certificación en caso de que aplique.

Las calificaciones de discapacidad serán dictaminadas por las comisiones médicas competentes en base al Manual de Evaluación y Calificación del Grado de Discapacidad, aprobado por el CNSS.

El formulario "Solicitud de Evaluación y Calificación de Discapacidad Permanente FORM-SECDP-01" se identificará mediante un código alfanumérico de cuatro (4) letras y siete (7) dígitos. Las cuatro letras identificarán a la AFP que realiza la solicitud de evaluación y 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.

### **e. Evaluación de la Comisión Médica Regional**

A partir de la recepción del expediente completo en la CMR, esta tendrá un plazo de hasta sesenta



# **SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES**

## **Año de la Reactivación Económica Nacional**

(60) días calendarios para realizar la evaluación y calificación del grado de discapacidad y emitir el dictamen correspondiente. Este plazo será suspendido en los casos en que se requieran exámenes o información adicional del afiliado, hasta que dicha información sea recibida nuevamente en la CMR, en un plazo no superior a los sesenta (60) días calendarios.

La CMR notificará vía electrónica a la CTD SIPEN y a la AFP, la suspensión del plazo a más tardar dos (2) días hábiles después de adoptada la decisión. La AFP deberá informar la suspensión del plazo al afiliado y a la compañía de seguro en un plazo de cinco (5) días hábiles contados a partir de la recepción de la notificación por parte de la CMR.

En caso de que un afiliado no comparezca a la primera cita concertada vía telefónica, se procederá a citar nueva vez por escrito, la cual deberá ser visada por quien la recibe.

En caso de que un afiliado no comparezca la segunda vez, la CMR procederá a devolver el expediente a la AFP para fines de que notifique al afiliado el cierre del caso por no concurrencia. El afiliado podrá reintroducir su solicitud nueva vez, siguiendo el mismo procedimiento.

La compañía de seguros cubrirá el costo por evaluación del expediente remitido, de acuerdo a la Resolución vigente aprobada por el CNSS.

### **f. Respuesta de la Comisión Médica Regional**

Una vez terminada la fase de evaluación, la CMR procederá a calificar y formular el dictamen. El original del dictamen será enviado a la CTD. La CMR en un plazo de tres (3) días hábiles después de emitido el dictamen del grado de discapacidad enviará un ejemplar electrónico en formato PDF de los formularios “Formulario de Historia Clínica y Evaluación Física FORM-ANAMNE-03”, “Calificación de Discapacidad Permanente FORM-CDDP-04”, “Dictamen de Discapacidad Permanente FORM-DDP-05”, y la documentación médica que avala la evaluación a la CTD y a la AFP.

La AFP deberá remitir al afiliado y a la compañía de seguros una copia del “Dictamen de Discapacidad Permanente FORM-DDP05” en un plazo no mayor a tres (3) días hábiles contados a partir de la recepción del mismo.

Si no se presentase apelación en el período estipulado, la AFP remitirá a la Superintendencia de Pensiones copia del expediente completo del afiliado en un plazo no mayor a los tres (3) días hábiles después de haber finalizado el período de apelación.



# **SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES**

## **Año de la Reactivación Económica Nacional**

En un plazo no mayor a dos (2) días hábiles, contados a partir de la finalización del período de apelación, y en caso del dictamen no haber sido apelado, la compañía de seguros deberá remitir a la AFP la carta de confirmación de cobertura. La AFP deberá remitir al afiliado la carta de confirmación de cobertura de la compañía de seguros en un plazo no mayor de cinco (5) días hábiles contados a partir de la recepción de la misma. Una vez notificado el afiliado, en el plazo de dos (2) días hábiles, la AFP notificará a la SIPEN la confirmación de cobertura hecha por la compañía de seguros y el acuse de recibo por parte del afiliado.

### **g. Procedimiento de apelación ante la Comisión Médica Nacional**

Los afiliados y las compañías de seguros podrán apelar ante la CMN los resultados del dictamen de discapacidad emitido por la CMR correspondiente, en un plazo no mayor de diez (10) días hábiles contados a partir de la recepción de la comunicación del dictamen, con acuse de recibo.

Si la apelación fuera interpuesta vencido el plazo de los diez (10) días hábiles, se informará a la parte recurrente mediante comunicación escrita por parte de la CMN de la inadmisibilidad por prescripción de dicha apelación.

El recurrente (afiliado o compañía de seguros) entregará a la CMN su solicitud de apelación al dictamen, utilizando el Formulario de Apelación (FORM-APE-07), que figura en el Anexo No. 9, para su revisión.

El afiliado que resida en el interior del país podrá interponer su apelación contra el dictamen de la CMR ante la AFP que tramitó su solicitud de evaluación de discapacidad. La AFP deberá remitir la documentación correspondiente a la apelación a la CMN en un plazo no mayor a cinco (5) días hábiles desde su recepción.

La CMN notificará vía electrónica adjuntando el formulario FORM-APE-07 en formato PDF a la AFP las apelaciones que han sido interpuestas.

La AFP deberá remitir a la Superintendencia de Pensiones el expediente completo del afiliado adjuntando el formulario FORM-APE-07, tres (3) días hábiles contados a partir de la notificación vía electrónica por parte de la CMN de las apelaciones interpuestas.

La CMN notifica a la CTD la solicitud de apelación existente en un plazo no mayor a tres (3) días hábiles de recibida la apelación, a fin de que detenga el proceso de certificación.

La CMN, en un plazo de diez (10) días hábiles revisará, validará o rechazará el dictamen



# **SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES**

## **Año de la Reactivación Económica Nacional**

recibido. Para la toma de decisión, la CMN en caso de ser necesario, además de evaluar el expediente puede citar al afiliado para revisar la evaluación.

Si la revisión resulta en validación, le comunicará a la CTD en un plazo no mayor de tres (3) días hábiles para que continúe con el proceso de certificación.

La Superintendencia de Pensiones notificará a la AFP la validación del dictamen, en un plazo no mayor de tres (3) días hábiles. La AFP deberá notificar al afiliado y a la compañía de seguros el estatus del dictamen apelado, en un plazo de tres (3) días hábiles, contados a partir de la recepción del mismo.

Si la revisión resulta en rechazo del dictamen, la CMN remitirá a la CMR el expediente, citando título y/o número de tabla en la cual se fundamenta el rechazo, a fin de que se reevalúe y califique el grado de discapacidad del expediente sometido a apelación produciendo un nuevo dictamen. Este dictamen sustituirá el dictamen anterior.

La CMR correspondiente, tendrá un plazo de quince (15) días hábiles contados a partir de la recepción del expediente completo, para remitir el nuevo dictamen a la CMN.

La CMN en un plazo de tres (3) días hábiles a partir de la emisión del dictamen enviará en formato PDF los formularios FORM-DDP-05 y FORM-AP-07 y la documentación médica que avala la evaluación a la CTD y a la AFP. La AFP deberá notificar y remitir el estatus del dictamen apelado al afiliado y a la compañía de seguros, en un plazo de cinco (5) días hábiles, contados a partir de la recepción del mismo.

En ambos casos, en los que el dictamen sea validado o rechazado por la Comisión Médica Nacional, la compañía de seguros deberá remitir a la AFP la carta de confirmación de cobertura en un plazo no mayor a tres (3) días contados a partir de la fecha de recepción de la notificación del dictamen de la CMN.

En el caso de que la apelación sea interpuesta ante la CMN por la compañía de seguros, esta última deberá cubrir los costos de honorarios profesionales de la CMN.

En el caso de que la apelación sea interpuesta ante la CMN por el afiliado y el dictamen de la CMN invalide el evaluado por la CMR que conoció el caso, los costos de honorarios profesionales de la CMN serán cubiertos por la compañía de seguros.

### **h. Aprobación del otorgamiento de pensión por discapacidad**



# **SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES**

## **Año de la Reactivación Económica Nacional**

La Superintendencia de Pensiones incluirá en la agenda de la CTD los expedientes a conocerse con la finalidad de emitir la certificación del grado de discapacidad para acceder a la pensión por discapacidad de conformidad con las disposiciones de los Artículos 47 de la Ley 87-01 y 107 del Reglamento de Pensiones, en el plazo que estime pertinente.

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

La CTD remitirá la certificación de discapacidad a la AFP correspondiente, en un plazo no mayor de tres (3) días hábiles luego de haber sido conocido por dicha Comisión. La AFP deberá remitir la certificación al afiliado en un plazo no mayor de tres (3) días y a la compañía de seguros con quien contrató la póliza, en un plazo no mayor de dos (2) días hábiles, después de haber recibido la misma.

### **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 cotizante (cotizado) indexado de los últimos tres (3) años. Para tales fines, la AFP deberá solicitar a la Tesorería de la Seguridad Social, TSS, una certificación de todos los salarios cotizados por el afiliado. 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 AFP deberá remitir de forma electrónica a la Superintendencia de Pensiones el acuse de recibo del documento con salario base del afiliado remitido a la compañía de seguros, en un plazo de dos (2) días hábiles contados a partir de la remisión del mismo.

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

$$\bar{\omega} = \frac{\sum_{j=1}^{j=36} (\omega_{[t_0-(j-1)]}) \left( \frac{IPC_{t_0}}{IPC_{[t_0-(j-1)]}} \right)}{q}$$





# **SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES**

## **Año de la Reactivación Económica Nacional**

Donde:

$\bar{\omega}$	Es el promedio del salario cotizante indexado de los últimos 36 meses.
$\omega$	Es el salario.
$t_0$	Es el mes anterior a la concreción de la discapacidad o fallecimiento del afiliado.
$j - 1$	Es la cantidad de meses anteriores al $t_0$ .
$IPC_{t_0}$	Es el índice de precios al consumidor correspondiente al mes $t_0$ publicado por el Banco Central.
$IPC_{[t_0-(j-1)]}$	Es el índice de precios al consumidor correspondiente al mes $t_0 - (j - 1)$ publicado por el Banco Central.
$q$	Es la cantidad de salarios cotizados durante los últimos treinta y seis (36) meses, al momento de la concreción de la discapacidad o fallecimiento del afiliado.

**Párrafo I.** Para los casos de afiliados discapacitados evaluados por las Comisiones Médicas y que resulten con enfermedades preexistentes, el cálculo del salario base será el promedio de los salarios indexados que dan cobertura al afiliado para la obtención del beneficio de pensión, con el pago de la prima de acuerdo a lo establecido en el contrato póliza de discapacidad y sobrevivencia.

2. La Cédula de Identidad 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 de la Seguridad Social, 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 a más tardar el día hábil siguiente de la recepción de los recursos correspondientes a ese concepto.

### **k. Fecha en que se devenga la pensión por discapacidad**

El afiliado tendrá derecho a la pensión por discapacidad total o parcial a partir del primer pago realizado por la AFP a la compañía de seguros contratada a tal efecto.



## **SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES**

### **Año de la Reactivación Económica Nacional**

La compañía de seguros deberá remitir a la AFP una comunicación donde conste el detalle del monto retroactivo a pagar así como el monto de la pensión y el capital técnico necesario requerido para el otorgamiento de la referida pensión, en un plazo de cinco (5) días hábiles contados a partir de la recepción del documento con cálculo del salario base. A su vez, la AFP deberá remitir copia de dicha comunicación a la Superintendencia de Pensiones, en un plazo de dos (2) días hábiles contados a partir de su recepción.

La pensión de discapacidad se devenga a partir de la fecha de concreción de la discapacidad, fecha que estará consignada en el dictamen emitido por la CMR y/o CMN

El primer pago de la pensión por discapacidad considerará el monto de la pensión devengada desde la fecha de concreción de la discapacidad hasta el momento en que la Compañía de Seguros hace efectivo el pago de la misma. La AFP deberá remitir a la Superintendencia de Pensiones constancia de la efectividad del referido pago a más tardar cinco (5) días hábiles luego de efectuado el mismo.

Las compañías de seguros deberán realizar los pagos el último día hábil de cada mes, siempre y cuando hayan transcurrido al menos cinco (5) días hábiles entre la fecha de recepción de la documentación remitida por la AFP descrita en el literal j) del presente artículo y el último día hábil del mes. En su defecto, deberá iniciarse el pago a partir del mes siguiente.

Las AFP deberán remitir a la Superintendencia de Pensiones durante los primeros tres (3) días hábiles del mes, una relación de los pagos correspondientes al mes anterior, realizados por las compañías de seguros por concepto de pensiones por discapacidad.

### **PENSION DE SOBREVIVENCIA**

**Artículo 9. Pensión de Supervivencia para los beneficiarios de los afiliados activos que no hayan fallecido como consecuencia de un siniestro causado por un accidente de trabajo o enfermedad profesional.**

#### **a. Requisitos**

Al fallecimiento de un afiliado activo, los beneficiarios indicados en el artículo 51 de la

26



# **SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES**

## **Año de la Reactivación Económica Nacional**

Ley, tendrán derecho a una pensión de sobrevivencia en los porcentajes indicados en el mismo artículo, siempre y cuando el afiliado haya estado cubierto por el seguro de discapacidad y sobrevivencia, según lo indicado en el literal b) del artículo 8 de la presente Resolución.

### **b. Solicitud de Pensión de Sobrevivencia**

Los beneficiarios de un afiliado fallecido deberán ejercer su derecho a obtener pensión de sobrevivencia mediante la suscripción del formulario “Solicitud de Pensión de Sobrevivencia Declaración de Beneficiarios”, de acuerdo al formato que figura en el Anexo No.10 de la presente Resolución, incluyendo los documentos siguientes:

- i. Extracto del acta de defunción del afiliado activo, debidamente legalizada.
- ii. Extracto del acta de nacimiento del cónyuge legalizada.
- iii. Extracto del acta de matrimonio legalizada. De existir una unión libre deberá de anexarse un acta de notoriedad donde se declare dicha unión.
- iv. Extracto del acta de nacimiento legalizada de todos los hijos del afiliado fallecido. Si hubieren hijos adoptivos se deberá presentar además la documentación legal que los acredite como tales.
- v. Acto de Notoriedad para validar todos los hijos beneficiarios, donde se establezca la presunta edad, realizada por un Notario Público, debidamente legalizada ante la Procuraduría General de la República.
- vi. Acta del Consejo de Familia, debidamente homologado, cuando el beneficiario sea menor de edad en ausencia de tutores legales.
- vii. Certificación de estudios regulares realizados durante los seis (6) meses anteriores al fallecimiento del afiliado, para el caso de hijos mayores de 18 años y menores de 21 años, al momento del fallecimiento del afiliado.
- viii. Declaración jurada de soltería realizada ante notario público, debidamente legalizada ante la Procuraduría General de la República, para el caso de hijos mayores de 18 años y menores de 21 años, al momento del fallecimiento del afiliado.
- ix. Acta Policial y/o documento emanado de autoridad competente, en caso de muerte



# **SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES**

## **Año de la Reactivación Económica Nacional**

no natural.

- x. Carta del empleador del afiliado fallecido donde conste tiempo y horario de trabajo.
- xi. En caso de hijos en gestación, certificado médico que avale la condición de embarazo de la madre.

El formulario “Solicitud de Pensión de Sobrevivencia Declaración de Beneficiarios” deberá ser confeccionado en original y copia. A los beneficiarios deberá entregárseles la copia del formulario, con sello y firma del representante de la AFP y acuse de recibo de los documentos anexados.

La AFP no dará inicio a la reclamación a la compañía de seguros hasta tanto no esté completa la documentación requerida. La AFP debe proceder a notificar esta situación a los solicitantes, conjuntamente con el detalle de la documentación faltante. Esta notificación deberá hacerse de manera escrita y con acuse de recibo.

### **c. Fallecimiento por accidente del trabajo o enfermedad profesional**

De ocurrir el fallecimiento del afiliado por un accidente de índole laboral o por causa de una enfermedad profesional, los beneficios que procederán, serán aquellos cubiertos por el seguro de Riesgos Laborales contemplado en la Ley. En este caso, los herederos legales recibirán en un sólo pago el monto total de los fondos acumulados en la cuenta de capitalización individual, conforme el artículo 51 de la Ley.

### **d. Beneficiarios**

Serán beneficiarios:

- a) El (la) cónyuge sobreviviente
- b) Los hijos solteros menores de 18 años y hasta los 21 años de preservar las condiciones de ser soltero y estudiante.
- c) Los hijos solteros mayores de 18 años y menores de 21 años que demuestren haber realizado estudios regulares durante los seis meses anteriores al fallecimiento del afiliado.
- d) Los hijos de cualquier edad considerados discapacitados.
- e) A partir de su nacimiento, los hijos en gestación al momento del fallecimiento del afiliado.



## **SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES**

### **Año de la Reactivación Económica Nacional**

El cónyuge sobreviviente con edad menor o igual a cincuenta (50) años, al momento del fallecimiento del afiliado, recibirá una pensión durante sesenta (60) meses consecutivos; si la edad es mayor de cincuenta (50) años y menor o igual a cincuenta y cinco (55), recibirá una pensión durante setenta y dos (72) meses consecutivos; si la edad es mayor a cincuenta y cinco (55) años recibirá una pensión vitalicia.

El hijo menor de dieciocho (18) años, al momento del fallecimiento del afiliado, recibirá una pensión hasta los dieciocho (18) años, o hasta los 21 años de preservar las condiciones de ser soltero y estudiante. Aquellos con edad cumplida de dieciocho (18) años y menores de veintiún (21) años, al momento del fallecimiento del afiliado, recibirán una pensión hasta los veintiún (21) años, siempre que demuestren ser solteros y estudiantes, mediante la documentación especificada en los numerales vii y viii del literal b) del presente Artículo. Los hijos de cualquier edad considerados discapacitados, de acuerdo al dictamen emitido por la Comisión Médica Regional recibirán una pensión vitalicia.

**Párrafo:** Para los casos de los beneficiarios que estén recibiendo el beneficio de la pensión y que estén próximos a cumplir los 18 años de edad, la AFP deberá solicitar a los mismos con treinta (30) días de antelación, la Certificación de Estudios y la Declaración Jurada de Soltería realizada ante Notario Público, debidamente legalizada por la Procuraduría General de la República.

#### **e. Notificación a la Compañía de Seguros**

Dentro de los diez (10) días calendarios siguientes de recibida la Solicitud de Pensión de Sobrevivencia con toda la documentación anexa requerida, la AFP deberá remitir la misma a la compañía de seguros e informar lo siguiente:

1. Salario base del afiliado, equivalente al promedio del salario cotizante (cotizado) indexado de los últimos tres (3) años. Para tales fines, la AFP deberá solicitar a la Tesorería de la Seguridad Social, TSS, una certificación de todos los salarios cotizados por el afiliado. 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 y se deberá aplicar la misma fórmula que figura en el literal j), numeral 1, del Artículo 8 de la presente Resolución.
2. Número de beneficiarios, identificación de los mismos, relación o parentesco, fechas de nacimiento, sexo, informando si existe algún potencial beneficiario discapacitado o si existe un hijo en gestación.



## **SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES**

### **Año de la Reactivación Económica Nacional**

3. Copia Monto acumulado por el afiliado fallecido en su CCI a fecha de solicitud.

#### **f. Plazo remisión carta de respuesta de la compañía de seguros**

El plazo de la compañía de seguros para remitir la carta de respuesta de la solicitud de pensión por sobrevivencia es de quince (15) días hábiles, contados a partir de la recepción de la solicitud con toda la documentación requerida.

En el mismo plazo indicado, en caso de existir algún potencial beneficiario discapacitado, la compañía de seguros deberá remitir a la AFP una carta de confirmación de cobertura.

En caso de que la solicitud de pensión por sobrevivencia tenga cobertura, la AFP deberá notificar al potencial beneficiario discapacitado para que inicie el trámite de evaluación y calificación de discapacidad.

La compañía de seguros deberá remitir a la AFP, la carta de respuesta de la solicitud de pensión por sobrevivencia en un plazo no mayor a cinco (5) días hábiles contados a partir de la recepción por parte de la AFP, del dictamen de discapacidad del beneficiario.

La AFP deberá remitir a la Superintendencia de Pensiones una copia de la carta de respuesta de la compañía de seguros, durante los tres (3) días hábiles siguientes a la recepción de la misma.

#### **g. Carta de Respuesta sobre la solicitud de pensión por sobrevivencia**

En el caso de que la solicitud de pensión por sobrevivencia tenga cobertura en la compañía de seguros, la AFP deberá transferir el saldo acumulado en la CCI del afiliado fallecido a la compañía de seguros que está cubriendo el seguro de sobrevivencia en los dos (2) días hábiles siguientes de recibida la carta de respuesta.

Cuando el monto acumulado en la CCI del afiliado sobrepase el capital técnico necesario para la obtención del beneficio estipulado como mínimo en la Ley, se incrementará el monto de la pensión con el total del diferencial del excedente de la CCI del afiliado.

Una vez recibida la respuesta del estatus de la cobertura, la AFP deberá remitir a los beneficiarios dicha respuesta en un plazo no mayor a tres (3) días hábiles luego de haberla recibido. La AFP deberá archivar la carta de respuesta en el expediente del afiliado y deberá remitir a la Superintendencia de Pensiones, copia del expediente del afiliado con toda la documentación requerida en el literal b) del presente artículo, incluyendo además, monto del capital técnico necesario, detalle del monto retroactivo acumulado a pagar, monto de pensión,



# **SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES**

## **Año de la Reactivación Económica Nacional**

cálculo de salario base, monto transferido a la compañía de seguros y cualquier otra documentación que forme parte del expediente, en un plazo no mayor a los tres (3) días hábiles a partir de la recepción de la carta de respuesta por parte de la compañía de seguros.

### **h. Respuesta que rechaza la solicitud de pensión por sobrevivencia**

En caso de que el beneficio por sobrevivencia fuese declinado como causa de exclusiones o situaciones descritas en el contrato póliza del seguro de discapacidad y sobrevivencia, la AFP se lo deberá informar de manera escrita a los herederos legales, indicando el motivo de la no cobertura, en un plazo no mayor a dos (2) días hábiles contados a partir de la fecha de haber recibido la carta de respuesta del estatus de la cobertura por parte de la compañía de seguros. La AFP deberá archivar la carta de respuesta en el expediente del afiliado y dará por finalizado el trámite de solicitud de pensión por sobrevivencia.

La AFP deberá remitir a la Superintendencia de Pensiones, copia del expediente del afiliado con toda la documentación requerida, incluyendo la carta de respuesta de la compañía de seguros, en un plazo no mayor a tres (3) días hábiles a partir de la recepción del dictamen por parte de la compañía de seguros.

En estos casos, los beneficiarios o herederos legales recibirán en un solo pago el monto total de los fondos acumulados en la cuenta de capitalización individual, en los porcentajes que le Ley señala en su artículo 51, luego de haber realizado el pago de los impuestos sucesorales correspondientes.

### **i. Fecha a partir de la cual se devenga la pensión**

La pensión de sobrevivencia se devenga a contar de la fecha del fallecimiento del afiliado, fecha que estará consignada en el Extracto de Acta de Defunción que se presentará a la AFP.

El primer pago de la pensión por sobrevivencia considerará el monto de la pensión devengada desde el momento del fallecimiento hasta el momento en que la compañía de seguros hace efectivo el pago de la misma. Para estos fines las compañías de seguros realizarán los pagos a los beneficiarios el último día hábil de cada mes, siempre y cuando hayan transcurrido al menos cinco (5) días hábiles entre la fecha de recepción de los recursos acumulados en la CCI del afiliado fallecido y el último día hábil del mes. En su defecto deberá iniciarse el pago a partir del mes siguiente.

En el caso de que cualquier beneficiario, cónyuge o hijo dentro o fuera del matrimonio o de la



# **SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES**

## **Año de la Reactivación Económica Nacional**

unión libre al momento del fallecimiento del afiliado, validado en cualquiera de las actas de notoriedad que declara los beneficiarios y que no hayan completado la documentación requerida, se procederá al pago a los beneficiarios que si hayan completado la documentación, reservando el porcentaje de pensión de ese beneficiario por un período de dos (2) años.

Si vencido el plazo de los dos (2) años, no se presentara la documentación requerida, la compañía de seguros, procederá al pago de la suma reservada más los beneficios generados, distribuido a prorrata entre los beneficiarios, conforme distribución legal.

A partir de los dos (2) años, el monto de la pensión a pagar a cada beneficiario debe ser calculada excluyendo al beneficiario que no presentó la documentación requerida.

Las AFP deberán remitir a la Superintendencia de Pensiones durante los primeros tres (3) días hábiles del mes, una relación de los pagos correspondientes al mes anterior, realizados por las compañías de seguros por concepto de pensiones de sobrevivencia.

### **Artículo 10. Ajuste por Inflación.**

Todas las pensiones de discapacidad y de sobrevivencia, así como las pensiones bajo la modalidad de renta vitalicia serán actualizadas periódicamente según las variaciones experimentadas en el Índice de Precios al Consumidor publicado por el Banco Central de la República Dominicana. El CNSS dispondrá la normativa al respecto.

**Artículo 11.** La presente Resolución sustituye las resoluciones 72-03, 103-03, 125-03, 293-09, 294-09 y 300-10, emitidas por esta Superintendencia.

Dada en Santo Domingo, Distrito Nacional, Capital de la República Dominicana, a los diecisiete (17) días del mes de agosto del año dos mil diez (2010).

Joaquin Gerónimo  
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

## ANEXO N° 2

### 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:

Saldo Cuenta Individual :

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

Tasa interés utilizada: \_\_\_\_\_

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

## ANEXO N° 3

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	0	1
Código AFP				No. Correlativo							

**Tipo de pensión solicitada**

<input type="checkbox"/>	Pensión por cesantía por edad avanzada afiliado mayor de 57 años con más de 300 meses cotizados.
<input type="checkbox"/>	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

**ANEXO N° 6**

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	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**

**ANEXO N° 7**

LOGO ENTIDAD RECEPTORA		SOLICITUD DE EVALUACION Y CALIFICACION DE DISCAPACIDAD PERMANENTE FORM-SECDP-01									
		No. Solicitud	Código	No. Correlativo				Día	Mes	Año	
<b>1. INFORMACION GENERAL DE LA EVALUACION</b>					Este Código será llenado por CMR:						
Evaluación	Entidad Receptora					No. de Expediente					
Reevaluación	AFP	ARL	ARS	CMR	CMR	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	
<b>2. DATOS PERSONALES DEL AFILIADO</b>											
Apellidos			Nombres			Alias		NSS			
Número de Documento de Identidad			Estado Civil			Género MF	Escolaridad				
							Primer nivel		Cuarto Nivel		
Fecha Nacimiento		Nacionalidad	Teléfono Casa	Teléfono Celular	email		Segundo Nivel	No escolaridad			
								Entrenamiento	Hrs.		
Edad	años						Tercer Nivel	Técnico			
Dirección de Domicilio						Edificio		Piso	No.		
Séctor		Sección		Municipio		Ciudad		Provincia			
<b>2. ANTECEDENTES LABORALES</b>											
Ocupación					Teléfono			email			
Nombre / Razon Social							Actividad de la Empresa				
Dirección de la empresa						Edificio		Piso	No.		
Séctor		Sección		Municipio		Ciudad		Provincia			
<b>3. DATOS DEL SINIESTRO</b>											
Fecha de siniestro (dd/mm/aaaa)						Tipo de siniestro					
Día		Mes		Año							
Ha sufrido algún accidente o enfermedad previa						Fecha			Origen		
						Día	Mes	Año			
Presentó Solicitud de Pensión				Fecha			En que entidad recibió atención?				
				Día	Mes	Año					
<b>4. COMPAÑÍA ASEGURADORA</b>											

<i>Compañía Aseguradora</i>						<i>RNC</i>	
<b>5. RELACION DE DOCUMENTOS</b>							
<i>Extracto Acta de nacimiento</i>		<i>Acta de Matrimonio</i>		<i>Otros:</i>			
<i>Cédula de identidad</i>		<i>Declaración jurada</i>					
<i>Certificado médico</i>		<i>Antecedentes médicos:</i>					
<i>Documento probatorio empleador</i>		<i>Historial Clínico:</i>					
<b>b) Otros expedientes:</b>							
	<i>No. De Expediente</i>	<i>Nº de Hojas /expediente</i>	<i>Número de Dictamen</i>	<i>Fecha de Dictamen</i>	<i>Origen de Discapacidad</i>	<i>Recibido</i>	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
<b>6. DATOS DEL SOLICITANTE (llenar solo si solicitante es distinto al afiliado)</b>							
<i>Apellidos</i>			<i>Nombres</i>			<i>Documento identidad</i>	
<i>Nacionalidad</i>	<i>Teléfono Casa</i>	<i>Teléfono Celular</i>	<i>Teléfono Trabajo</i>	<i>Relación con el afiliado</i>			
<i>Dirección de Domicilio</i>				<i>Edificio</i>	<i>Piso</i>	<i>No.</i>	
<i>Séctor</i>	<i>Sección</i>	<i>Municipio</i>	<i>Ciudad</i>	<i>Provincia</i>			
<i>Nombres Representante AFP/ARL</i>				<i>Firma del representante de AFP/ARL y sello</i>			
<i>Firma del afiliado</i>							



**ANEXO N° 8**

LOGO ENTIDAD RECEPTORA		FORMULARIO DEVOLUCION SOLICITUD FORM-DEV-09								
		No. Solicitud	Código	No. Correlativo	Fecha Solicitud			Fecha Devolución		
					Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
<b>1. INFORMACION GENERAL DE LA SOLICITUD</b>										
Evaluación	Reevaluación	Entidad Receptora						No. de Expediente		
		AFP		ARL		ARS		CMR		
<b>2. DATOS PERSONALES DEL AFILIADO</b>										
Apellidos			Nombres			Alias		NSS		
Número de Documento de Identidad			Estado Civil			Género MF	Nacionalidad			
Fecha Nacimiento			Edad	Teléfono Casa		Teléfono Celular		e-mail		
			años							
Dirección de Domicilio						Edificio		Piso	No.	
Séctor		Sección		Municipio		Ciudad		Provincia		
<b>2. DOCUMENTOS REQUERIDOS FALTANTES (art. 5)</b>										
Extracto Acta de nacimiento						Acta de Matrimonio				
Cédula de identidad						Declaración jurada				
Certificado médico						Antecedentes médicos				
Documento probatorio empleador						Historial Clínico				
Otros:										
Nombre Representante AFP/ARL						Firma del representante de AFP/ARL y sello				
Firma del afiliado										

**APELACION DE DICTAMEN DE DISCAPACIDAD PERMANENTE  
FORM-APE-07**

Caso Apelado

No. Apelación

De conformidad con el artículo 49 de la Ley 87-01, habiendo sido notificado, en fecha \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_, con el dictamen N° \_\_\_\_ de fecha \_\_\_\_ de \_\_\_\_ del año \_\_\_\_, mediante la presente solicito a la Comisión Médica Nacional, la revisión del mismo en instancia de apelación, por no estar de acuerdo con la calificación emitida por la Comisión Médica Regional.

**I. DATOS DEL AFILIADO**

Apellidos		Nombres		Alias		NSS				
Número de Documento de Identidad			Estado Civil		Género MF		Escolaridad			
							Primer nivel			
							Cuarto Nivel			
Fecha Nacimiento		Nacionalidad		Teléfono Casa		Teléfono Celular		email		
0 0 0										
								Segundo Nivel		
								No escolaridad		
								Entrenamiento		
								Hrs		
Edad		años		Tercer Nivel		Técnico				
Dirección de Domicilio					Edificio		Piso		No.	
Sector		Sección		Municipio		Ciudad		Provincia		

**II. DATOS DEL SOLICITANTE**

a) Si fuera familiar o apoderado											
Apellidos				Nombres				Relación con el afiliado			
Numero de Documento de identidad			Estado Civil			Sexo		Nacionalidad		Edad	
Dirección de Domicilio				Edificio		Piso		No.		Teléfono	
Municipio					Ciudad						
b) Si fuera la Compañía de Seguros											
Nombre / Razon Social de la Compañía de Seguros											
Apellidos del representante de la Entidad				Nombres del representante de la Entidad				Numero de Documento de			
Cargo del representante de la Entidad											

<i>Dirección de Domicilio</i>			<i>Edificio</i>	<i>Piso</i>	<i>No.</i>	<i>Teléfono</i>
<i>Municipio</i>				<i>Ciudad</i>		
<i>Fecha</i>			<i>Nombre y firma del solicitante</i>			
<i>DIA</i>	<i>MES</i>	<i>AÑO</i>				
<i>Lugar:</i>						

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

**ANEXO N° 10**

Logo y nombre de la  
AFP

Fecha Suscripción		
Día	Mes	Año

No. Solicitud: 

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

**Beneficiario 1**

Apellidos _____	
Nombres _____	
Parentesco con afiliado _____	Fecha de nacimiento _____
Sexo _____	
<b>Dirección particular :</b>	
<b>Acta de Matrimonio</b> <input type="checkbox"/>	
<b>Declaración Jurada</b> <input type="checkbox"/>	
Calle _____	No. _____ Edificio / Apto. _____
Sector _____	Sección _____ Municipio _____
Ciudad _____	Tel. Residencia _____ Cel. _____ E-mail _____

**Beneficiario 2**

Apellidos _____	
Nombres _____	
Parentesco con afiliado _____	Fecha de nacimiento _____
Sexo _____	
<b>Dirección particular :</b>	
Calle _____	No. _____ Edificio / Apto. _____
Sector _____	Sección _____ Municipio _____
Ciudad _____	Tel. Residencia _____ Cel. _____ E-mail _____

**Beneficiario 3**

Apellidos _____	
Nombres _____	
Parentesco con afiliado _____	Fecha de nacimiento _____
Sexo _____	
<b>Dirección particular :</b>	
Calle _____	No. _____ Edificio / Apto. _____
Sector _____	Sección _____ Municipio _____
Ciudad _____	Tel. Residencia _____ Cel. _____ E-mail _____

**Beneficiario 4**

Apellidos _____	
Nombres _____	
Parentesco con _____	Fecha de nacimiento _____
Sexo _____	
<b>Dirección particular :</b>	
Calle _____	No. _____ Edificio / Apto. _____
Sector _____	Sección _____ Municipio _____
Ciudad _____	Tel. Residencia _____ Cel. _____ E-mail _____

**Beneficiario 5**

Apellidos _____	
Nombres _____	
Parentesco con _____	Fecha de nacimiento _____
Sexo _____	
<b>Dirección particular :</b>	
Calle _____	No. _____ Edificio / Apto. _____
Sector _____	Sección _____ Municipio _____
Ciudad _____	Tel. Residencia _____ Cel. _____ E-mail _____

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

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