



# SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES

**RESOLUCIÓN NÚM. 456-22 SOBRE BENEFICIOS DE PENSIÓN DEL SISTEMA DE CAPITALIZACIÓN INDIVIDUAL: POR VEJEZ, POR DISCAPACIDAD, DE SOBREVIVENCIA Y POR CESANTÍA POR EDAD AVANZADA. SUSTITUYE LAS RESOLUCIONES NÚM. 306-10, 342-12, 346-12 y 440-21.**

**CONSIDERANDO I:** Que el artículo 60 de la Constitución de la República Dominicana reconoce que la seguridad social es un derecho fundamental y que el Estado estimulará su desarrollo progresivo para asegurar el acceso universal a una adecuada protección en la enfermedad, discapacidad, desocupación y la vejez;

**CONSIDERANDO II:** Que el artículo 35 de la ley 87-01 que crea el sistema dominicano de seguridad social, en lo adelante la ley, establece que el sistema de pensiones tiene como objetivo reemplazar la pérdida o reducción del ingreso por vejez, fallecimiento, discapacidad, cesantía en edad avanzada y sobrevivencia, y tendrá una estructura mixta de beneficio que combinará la constitución y el desarrollo de una cuenta personal para cada afiliado, con la solidaridad social en favor de los trabajadores y la población de ingresos bajos, en el marco de las políticas y principios de la seguridad social, permitiendo aportes adicionales con la finalidad de obtener prestaciones complementarias;

**CONSIDERANDO III:** 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 IV:** Que surge la necesidad de elaborar una normativa actualizada que esté orientada a facilitar el acceso a los beneficios previsionales del sistema de capitalización individual, con el fin de que las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP) y los planes de pensiones supervisados y registrados en la SIPEN, así como los afiliados y beneficiarios, dispongan de un marco regulatorio claro, detallado y acorde a los cambios experimentados en el Sistema Dominicano de Pensiones;

**CONSIDERANDO V:** Que la ley 107-13 sobre los derechos y deberes de las personas en relación con la administración pública y de procedimiento administrativo del 08 de agosto de 2013 establece en su artículo 31 los principios del procedimiento aplicable a la elaboración de reglamentos administrativos, planes y programas de alcance general;

**CONSIDERANDO VI:** Que la ley otorga en su artículo 02, literal c), numeral 9, la facultad normativa de la SIPEN.

**VISTA:** La Constitución de la República Dominicana;



## SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES

**VISTA:** La ley 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, del 09 de mayo de 2001, y sus modificaciones;

**VISTA:** La ley 107-13 sobre los derechos y deberes de las personas en relación con la administración pública y de procedimiento administrativo del 08 de agosto de 2013;

**VISTO:** El reglamento de pensiones, aprobado mediante el decreto núm. 969-02 del Poder Ejecutivo del 19 de diciembre del 2002;

**VISTO:** El reglamento de la Tesorería de la Seguridad Social, aprobado por el decreto núm. 775-03 del 12 de agosto de 2003, y sus modificaciones;

**VISTO:** El manual de la evaluación y calificación del grado de discapacidad atendiendo a la profesión o especialidad del trabajo de la persona afectada, aprobado por el Consejo Nacional de Seguridad Social mediante la resolución 162-03 del 19 de julio de 2007, y modificada por la resolución 271-03 del 02 de junio de 2011;

**VISTO:** El manual de procedimiento administrativo para la operación de las comisiones médicas nacionales y regionales, aprobado por el Consejo Nacional de Seguridad Social mediante su resolución 241-03 del 10 de junio del año 2010, y sus modificaciones aprobadas mediante resolución 301-02 del 18 de octubre del año 2012;

**VISTA:** La resolución 306-10 sobre beneficios de pensión del régimen contributivo: por vejez, por discapacidad, de sobrevivencia y por cesantía por edad avanzada, dictada por la Superintendencia de Pensiones el 17 de agosto de 2010;

**VISTA:** La resolución 342-12 sobre el envío de la documentación relativa a las solicitudes de pensión por sobrevivencia de los afiliados al sistema dominicano de seguridad social, dictada por la Superintendencia de Pensiones el 15 de mayo de 2012;

**VISTA:** La resolución 346-12 que establece la metodología de cálculo que deberán utilizar las compañías de seguros para el pago de las pensiones de discapacidad y sobrevivencia correspondiente a fracciones de meses y al pago del salario de navidad, dictada por la Superintendencia de Pensiones el 25 de septiembre de 2012;

**VISTA:** La resolución 437-20 sobre los procesos operativos para las administradoras de fondos de pensiones, fondos y planes sustitutivos, dictada por la Superintendencia de Pensiones el 18 de noviembre de 2020;

**VISTA:** La resolución 440-21 sobre beneficio de pensión de sobrevivencia del régimen contributivo, la cual modifica la resolución 306-10, dictada por la Superintendencia de Pensiones el 16 de marzo de 2021;



# SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES

**VISTA:** La resolución 448-21 sobre obre aportes voluntarios extraordinarios, emitida por la Superintendencia de Pensiones el 17 de diciembre de 2021;

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

**RESUELVE:**

## TÍTULO I DISPOSICIONES GENERALES

**Artículo 1. Objeto.** Establecer las normas y procedimientos que deberán seguir las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP), el Fondo de Jubilaciones y Pensiones del Personal del Banco Central, el Plan de Retiro y Pensiones del Banco de Reservas, así como las compañías de seguros para la tramitación y pago de los beneficios del Seguro de Vejez, Discapacidad y Sobrevivencia del Régimen Contributivo administrado por estos.

**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) **Administradora de Fondos de Pensiones (AFP).** Sociedades financieras constituidas de acuerdo con las leyes del país, con el objeto exclusivo de administrar las cuentas personales de los afiliados e invertir adecuadamente los fondos de pensiones; otorgar y administrar las prestaciones del sistema previsional, observando estrictamente los principios de la Seguridad Social y las disposiciones de la ley núm. 87-01, sus modificaciones y normas complementarias.
- c) **Administradora.** Para fines de la presente resolución, cuando se refiera a Administradora, se incluyen las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP), el Fondo de Jubilaciones y Pensiones del Personal del Banco Central y el Plan de Retiro y Pensiones del Banco de Reservas, como las entidades responsables de tramitar las solicitudes de pensión por discapacidad y sobrevivencia a las compañías de seguros.



## SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES

- d) **Afiliado activo.** Para fines de la presente resolución, se refiere al afiliado que cotiza al seguro de vejez, discapacidad y sobrevivencia, independientemente de que esté percibiendo una pensión a través de la AFP.
- e) **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). Se incluye dentro de este concepto a los pensionados por discapacidad, cuyas aseguradoras realicen los aportes previsionales correspondientes.
- f) **Afiliado pasivo.** Para fines de la presente resolución, se refiere exclusivamente al pensionado por cesantía por edad avanzada o vejez a través de la AFP, que no cotiza al seguro de vejez, discapacidad y sobrevivencia.
- g) **Apelación.** Es el 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 o informe de resultados emitidos por las Comisiones Médicas Regionales (CMR).
- h) **Aportes obligatorios.** Son aquellos pagos previstos en la ley que se deben acreditar mes por mes a la cuenta de capitalización individual de cada afiliado o al fondo de pensiones, realizados por el trabajador y el empleador.
- i) **Aportes voluntarios ordinarios.** Son aquellos que se efectúan periódicamente mediante descuentos de nómina al afiliado y/o por cuenta del empleador con el propósito de obtener una prestación superior o complementaria a las previstas en la ley. Estos casos, serán reportados como un valor absoluto, de manera independiente por el empleador, y se destinan de manera íntegra a la CCI del trabajador.
- j) **Aportes voluntarios extraordinarios.** Son aquellos que se efectúan esporádicamente a través de las entidades de la Red Financiera Nacional, de manera directa por el afiliado, cuyos montos se acreditan íntegramente a la CCI.
- k) **Beneficiarios de ley.** Son aquellas personas descritas en el artículo 51 de la ley que tienen derecho a una pensión por sobrevivencia en caso de fallecimiento del afiliado cubierto.
- l) **Calificación de discapacidad.** Acto que realizan las Comisiones Médicas Regionales y/o Nacional de otorgar al estado de discapacidad un valor porcentual, en función de la gravedad del daño.



## SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES

- m) **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.
- n) **Capital Técnico Necesario.** Suma de dinero equivalente al valor actual esperado de las pensiones a las cuales tenga derecho el afiliado cubierto o sus beneficiarios de ley.
- o) **Carta de confirmación de cobertura.** Comunicación emitida por la compañía aseguradora confirmando la cobertura de los eventos de discapacidad y sobrevivencia amparados, conforme con la ley núm. 87-01, sus modificaciones y normas complementarias.
- p) **Comisión Médica Nacional (CMN).** Es la instancia constituida por tres médicos designados por el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS), que funge como instancia de apelación y cuya función es revisar, validar o rechazar los dictámenes de las Comisiones Médicas Regionales (CMR) que sean recurridos, de acuerdo con el Manual de Evaluación y Calificación del Grado de Discapacidad aprobado por el CNSS o normas legales existentes.
- q) **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 con el Manual de Evaluación y Calificación del Grado de Discapacidad aprobado por el CNSS o normas legales existentes.
- r) **Comisión Técnica sobre Discapacidad (CTD).** Es la instancia responsable de establecer y someter ante el CNSS 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
- s) **Compañía de seguros.** Toda compañía o sociedad debidamente autorizada por la Superintendencia de Seguros para dedicarse exclusivamente a la contratación de seguros y sus actividades consecuentes, de forma directa y que ante el Sistema Dominicano de Pensiones (SDP) administran y pagan las pensiones por vejez, discapacidad y sobrevivencia garantizadas en la ley núm. 87-01, sus modificaciones y normas complementarias, para lo cual de común acuerdo junto a la Superintendencia de Seguros, son supervisadas con la Superintendencia de Pensiones (SIPEN).
- t) **Contrato Póliza del seguro de Discapacidad y Sobrevivencia.** Es un acuerdo escrito, cuyas estipulaciones son reglamentadas y establecidas por el CNSS, en virtud del párrafo I del artículo 56 y demás disposiciones de la ley núm. 87-01 y sus modificaciones, mediante el cual una Administradora contrata a una compañía de seguros autorizada a operar para tales fines, para que brinde los servicios de cobertura



## SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES

del seguro de discapacidad y sobrevivencia a todos los afiliados elegibles y sus beneficiarios para las prestaciones de discapacidad y sobrevivencia establecidas en la ley núm. 87-01, sus modificaciones y sus normas complementarias.

- u) **Día calendario.** Período de veinticuatro (24) horas que comienza y termina a las 12:00 de la noche.
- v) **Día hábil.** Día de la semana de lunes a viernes, exceptuando días feriados.
- w) **Discapacidad.** Restricción o ausencia de la capacidad para realizar una o más actividades o funciones 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.
- x) **Discapacidad anatómico-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.
- y) **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.
- z) **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.
- aa) **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.
- bb) **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.
- cc) **Documentos de identidad.** Es el documento oficial y vigente que permite comprobar la identidad de un trabajador afiliado al Sistema, de acuerdo con la normativa previsional vigente.



## SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES

- dd) Duración proceso evaluación y calificación de la discapacidad.** Es el tiempo que transcurre desde el inicio de la solicitud de evaluación y calificación de la discapacidad hasta la expiración del plazo de apelación del dictamen emitido por la Comisión Médica Regional correspondiente. 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 parte de la Comisión Médica Nacional (CMN).
- ee) 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.
- ff) EPBD.** Es la Empresa Procesadora de la Base de Datos del Sistema.
- gg) Examen físico.** Evaluación física por medio de la cual se realiza la evaluación de los diferentes aparatos y sistemas del cuerpo humano.
- hh) 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 anatómo-funcionales, laborativa, de desarrollo de la vida diaria y otros factores de acuerdo con el 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 parte de la Comisión Médica Nacional.
- ii) 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.
- jj) Fecha de evaluación.** Es la fecha en que la Comisión Médica Nacional o Regionales (CMNR) realizan la evaluación inicial del grado de discapacidad y dictamina la fecha de siniestro, la cual estará contenida en el dictamen correspondiente. En el caso de las reevaluaciones posteriores, la fecha de siniestro no varía, excepto aquellos en que el afiliado somete una evaluación por un siniestro diferente.
- kk) 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.



## SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES

- ll) **Fecha de reevaluación.** Para determinar la fecha de la primera reevaluación, se requiere que haya transcurrido un período mínimo de seis (6) meses a partir de la fecha de siniestro establecida por la CMNR para que el afiliado pueda requerirla. Para fines de las reevaluaciones posteriores a la primera reevaluación, el período mínimo para someter una solicitud de reevaluación es de seis (6) meses contados a partir de la fecha de emisión del último dictamen. Aplica para aquellos afiliados que sean evaluados por la CMR y cuya calificación no sea suficiente para obtener la certificación para el pago de una pensión o indemnización.
- mm) **Fondo de Jubilaciones y Pensiones del Personal del Banco Central.** Fondo cerrado sustitutivo, registrado en la Superintendencia de Pensiones de conformidad con lo establecido en el artículo 41 de la ley núm. 87-01, que, para fines de la presente resolución, tramita las pensiones de discapacidad y sobrevivencia del personal del Banco Central perteneciente al fondo.
- nn) **Herederos legales.** Los herederos se considerarán de pleno derecho poseedores de los bienes, derechos y acciones del difunto, conforme al artículo 724 del código civil dominicano.
- oo) **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 este haya optado por la modalidad de pensión de retiro programado o esté percibiendo una pensión mínima por cesantía por edad avanzada. Asimismo, respecto del afiliado activo que fallece, se considerará herencia el saldo de la CCI cuando no existan los beneficiarios de ley o no tengan el derecho a recibir una pensión por sobrevivencia, en cuyo caso el saldo de la CCI será devuelto a los herederos legales, de acuerdo con lo establecido en las leyes dominicanas.
- pp) **Historia clínica.** Conjunto de datos proporcionados por la persona que está siendo evaluada clínicamente, sobre su ambiente, detalles del comienzo y desarrollo de la condición de salud o enfermedad. Incluye el examen físico.
- qq) **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, sobrevivencia y cesantía por edad avanzada.
- rr) **Plan de Retiro y Pensiones del Banco de Reservas.** Fondo cerrado sustitutivo, registrado en la Superintendencia de Pensiones de conformidad con lo establecido en el artículo 41 de la ley núm. 87-01, que, para fines de la presente resolución, tramita las pensiones de discapacidad y sobrevivencia del personal del Banco de Reservas pertenecientes al plan de pensiones.



## SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES

- ss) **Período de apelación.** Es el plazo de diez (10) días hábiles contados a partir de la recepción del dictamen por parte del afiliado y de la compañía de seguros del dictamen emitido por la Comisión Médica Regional (CMR).
- tt) **Reevaluación.** Es el proceso mediante el cual el afiliado o la compañía de seguros, solicitan una nueva evaluación o calificación del grado de discapacidad del afiliado o del pensionado. Aplica para aquellos afiliados que sean evaluados por la CMR y cuya calificación no sea suficiente para obtener la certificación para el pago de una pensión o indemnización.
- uu) **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.
- vv) **Retiro programado.** Modalidad de pensión que el afiliado contrata con una AFP al momento de pensionarse, con cargo al saldo que mantiene en su Cuenta de Capitalización Individual, recibiendo una pensión mensual en función del saldo acumulado.
- ww) **Siniestro.** Suceso que tiene como consecuencia el fallecimiento o la condición que genera la discapacidad parcial o total de un afiliado.
- xx) **Valoración de la discapacidad o del daño.** Acto mediante el cual el médico de la CMR evalúa el estado físico actual del paciente, su pronóstico y la conclusión que sustenta el estado de discapacidad, relacionado con el trabajo actual del afiliado que solicita la pensión por discapacidad permanente.



# SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES

## TÍTULO II PENSIÓN POR VEJEZ

**Artículo 3. Pensión por vejez para los afiliados del Sistema de Capitalización Individual 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 requisitos siguientes:

- 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 una pensión por vejez ante la AFP en la que se encuentra inscrito es el siguiente:

- i. Completar el formulario “Solicitud de Pensión” según el formato presentado en el anexo núm. 1 de la presente resolución. El formulario deberá ser suscrito en original y copia y completado por un representante debidamente acreditado de la AFP.
- ii. Presentar original de su documento de identidad vigente.

Al afiliado debe entregársele la copia del formulario, con sello y firma del representante de la AFP.

**Párrafo:** Si el afiliado solicitante desea cancelar el proceso de solicitud de pensión por vejez, deberá expresarlo de manera escrita a la AFP, la cual procederá a cancelar la solicitud, siempre y cuando no se haya transferido el saldo de la CCI a la compañía de seguros contratada, en caso de haber optado por una renta vitalicia.

### c. Verificación de requisitos

En el plazo de cinco (5) días hábiles, contados desde la fecha de suscripción de la solicitud de pensión con 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. En caso de no cumplir con los requisitos, la AFP deberá notificar al afiliado de manera escrita o a través del medio de comunicación indicado en la solicitud, estableciendo el motivo del incumplimiento y procederá a declinar la solicitud.



## SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES

**Párrafo I:** La AFP podrá solicitar 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. 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.

**Párrafo II:** Sólo serán considerados los aportes obligatorios para fines de contabilizar la cantidad de meses cotizados.

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

Una vez la AFP ha 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 suscripción de la solicitud de pensión con la documentación requerida, 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 a la fecha de entrega del mismo.
- ii. Instructivo que señale claramente los pasos que debe seguir el afiliado para optar por las modalidades de pensión de 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 mensual por año bajo la modalidad de retiro programado que obtendría el afiliado durante los próximos cinco (5) años a partir del saldo de la cuenta de capitalización individual cortado a la fecha de entrega del mismo, de acuerdo con la metodología de cálculo establecida por la Superintendencia de Pensiones por medio de resolución y deberá contener como mínimo lo especificado en el anexo núm. 1.
- 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.

**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 núm. 2 “Recepción de Documentación”. Este documento deberá ser mantenido por la AFP en el expediente



## SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES

correspondiente al afiliado. La información podrá ser enviada al afiliado por el medio de comunicación que este haya elegido al momento de solicitar la pensión.

### e. Selección modalidad de pensión

En un plazo máximo de treinta (30) días calendarios contados a partir de la recepción de la documentación referida en el literal d) del presente artículo, el afiliado se deberá presentar 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 núm. 3 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, así como firmado y sellado por el representante autorizado de la AFP, será ingresado en el expediente del afiliado, mientras que la copia quedará en poder del afiliado.

Si el afiliado no presenta dicho formulario en el plazo indicado previamente, la solicitud será cancelada por vencimiento del plazo y la AFP deberá dejar constancia del motivo de la cancelación en el expediente del afiliado.

**Párrafo I:** En caso de haber seleccionado la modalidad de retiro programado, la AFP deberá anexar al expediente del afiliado copia firmada por este aprobando el monto de la pensión resultante calculada el día de la recepción del formulario "Selección de Modalidad de Pensión", así como la forma de pago de esta. La pensión por retiro programado deberá ser recalculada anualmente.

**Párrafo II:** Aquellos afiliados cuyos montos acumulados en la CCI no le permitan acceder al menos al monto de la pensión mínima establecida bajo la modalidad de retiro programado, durante el primer año o al momento del recálculo, así como bajo la modalidad de renta vitalicia, tendrán derecho a recibir la pensión mínima vigente del Régimen Contributivo hasta el agotamiento de los recursos. En caso de que a los afiliados que opten por retiro programado se les agoten los recursos acumulados en la CCI, podrán acceder a la pensión mínima con cargo del Fondo de Solidaridad Social previo cumplimiento de los requisitos establecidos.

**Párrafo III:** En caso de haber seleccionado la modalidad de renta vitalicia, el afiliado deberá indicar en el formulario "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 una comunicación emitida por la compañía de seguros elegida por este para contratar la renta vitalicia, firmada como muestra de su aprobación. Dicha comunicación deberá especificar la pensión mensual estimada que recibiría el afiliado, así como las informaciones requeridas para la transferencia del saldo CCI a la aseguradora. La transferencia de los



## SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES

recursos deberá materializarse en un plazo no mayor de tres (3) días hábiles después de que el afiliado haya suscrito el formulario “Selección de la Modalidad de Pensión” notificando a la AFP la compañía de seguros elegida por este para contratar la renta vitalicia. En ningún caso el monto de pensión otorgado bajo la modalidad de renta vitalicia podrá ser inferior a la pensión mínima establecida en la ley 87-01, la cual es equivalente al salario mínimo legal vigente más bajo.

**Párrafo IV:** Las compañías de seguros deberán recalculer el monto de pensión a otorgar en base al monto efectivo de la CCI transferido y notificar a la AFP correspondiente el monto de pensión definitivo en un plazo máximo de tres (3) días hábiles posteriores a la recepción del saldo.

**Párrafo V:** Las AFP deberán remitir a la Superintendencia de Pensiones en el formato electrónico y tiempo establecido por esta mediante circular, la información referente a las solicitudes de pensiones. Para el caso de la renta vitalicia, 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.

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

Las AFP realizarán los pagos a más tardar el último día hábil de cada mes. Si no han transcurrido al menos cinco (5) días hábiles entre la fecha de suscripción del formulario “Selección de la Modalidad de Pensión” y el último día hábil del mes, la AFP deberá iniciar los pagos a partir del mes siguiente. Para formalizar el otorgamiento de la pensión, las AFP entregarán al afiliado al momento de recepción del referido formulario “Selección de la Modalidad de Pensión” una notificación de la modalidad de pensión elegida donde se indique la fecha a partir de la cual comenzará a devengarse la pensión por vejez, el monto mensual a otorgarse durante el primer año, así como informar sobre el recalcule de la pensión cada año y el pago de navidad equivalente a la doceava parte del total cobrado durante el año.

Si la suscripción del formulario “Selección de la Modalidad de Pensión” se realizó antes de los cinco (5) días hábiles previos a la finalización de un mes determinado, el recalcule de la pensión debe realizarse con el saldo de la CCI correspondiente al cumplimiento del año calendario de la fecha de suscripción del referido formulario o al siguiente día hábil.

Si la suscripción del formulario “Selección de la Modalidad de Pensión” se realizó dentro de los cinco (5) días hábiles previos a la finalización de un mes determinado, el recalcule de la pensión debe realizarse con el saldo de la CCI correspondiente al primer día hábil del mes posterior a la recepción del doceavo pago de pensión, excluyendo el pago de la proporción de navidad.



# SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES

En caso de renta vitalicia, las compañías de seguros realizarán los pagos a más tardar el último día hábil de cada mes. Si han 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, la aseguradora podrá iniciar los pagos a partir del mes siguiente. Para formalizar el otorgamiento de la pensión, las compañías de seguros entregarán al afiliado una comunicación donde se indique al menos el monto de la pensión, la modalidad de pensión elegida, la fecha a partir de la cual comenzará a devengarse la pensión por vejez, la fecha de la próxima indexación, así como el pago de navidad equivalente a la doceava parte del total cobrado durante el año.

## **g. Fallecimiento del afiliado solicitante**

En caso de ocurrir el fallecimiento del afiliado durante el proceso de tramitación de la solicitud de pensión por vejez, la AFP procederá a cancelar la solicitud, siempre y cuando haya sido debidamente notificada. Si el afiliado optó por la modalidad de renta vitalicia y no ha sido efectiva la transferencia de los recursos a la fecha de notificación del fallecimiento en la AFP o compañía de seguros, la AFP deberá cancelar la solicitud y reintegrar los fondos a la cuenta de capitalización individual del afiliado.

**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. Vejez anticipada.**

## **a. Requisitos**

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

- i. Tener cincuenta y cinco (55) años de edad o más.
- 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 que a la expectativa de vida del afiliado el resultado del cálculo de la pensión sea igual o superior a la pensión mínima vigente a la fecha de solicitud. Si en algún momento el monto resultante del recalcu anual es inferior a la pensión mínima vigente, se le otorgará la pensión mínima vigente hasta el agotamiento de los recursos.

Los afiliados referidos en el presente literal podrán cotizar del pago de la pensión las aportaciones previsionales correspondientes hasta el cumplimiento de las 300 cotizaciones, para acceder a la pensión del Fondo de Solidaridad Social en caso de requerirlo, previo cumplimiento de los requisitos establecidos. Para tales fines, la SIPEN emitirá la norma correspondiente para establecer el mecanismo de retención y aportación.



# SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES

## **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 suscripción de la solicitud de pensión con 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. En caso de no cumplir con los requisitos, la AFP deberá notificar al afiliado de manera escrita o a través del medio de comunicación indicado en la solicitud, estableciendo el motivo del incumplimiento y procederá a declinar la solicitud.

## **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 indicados previamente, los documentos que se indican en el literal d) del artículo 3 de la presente resolución.

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

En un plazo máximo de treinta (30) días calendarios contados a partir de la recepción de la documentación referida en el literal d) del presente artículo, el afiliado se deberá presentar 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 núm. 3 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, así como firmado y sellado por el representante autorizado de la AFP, será ingresado en el expediente del afiliado, mientras que la copia quedará en poder del afiliado.

Si el afiliado no presenta dicho formulario en el plazo indicado previamente, la solicitud será cancelada por vencimiento del plazo y la AFP deberá dejar constancia del motivo de la cancelación en el expediente del afiliado.



## SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES

**Párrafo I:** En caso de haber seleccionado la modalidad de retiro programado, la AFP deberá anexar al expediente del afiliado copia firmada por este aprobando el monto de la pensión resultante calculada el día de la recepción del formulario “Selección de Modalidad de Pensión”, así como la forma de pago de esta. La pensión por retiro programado deberá ser recalculada anualmente.

**Párrafo II:** En caso de haber seleccionado la modalidad de renta vitalicia, el afiliado deberá indicar en el formulario "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 una comunicación emitida por la compañía de seguros elegida por este para contratar la renta vitalicia, firmada como muestra de su aprobación. Dicha comunicación deberá especificar la pensión mensual estimada que recibiría el afiliado, así como las informaciones requeridas para la transferencia del saldo CCI a la aseguradora. La transferencia de los recursos deberá materializarse en un plazo no mayor de tres (3) días hábiles después de que el afiliado haya suscrito el formulario "Selección de la Modalidad de Pensión" notificando a la AFP la compañía de seguros elegida por este para contratar la renta vitalicia. En ningún caso el monto de pensión otorgado bajo la modalidad de renta vitalicia podrá ser inferior a la pensión mínima establecida en la ley 87-01, la cual es equivalente al salario mínimo legal vigente más bajo.

**Párrafo III:** Las compañías de seguros deberán recalcular el monto de pensión a otorgar en base al monto efectivo de la CCI transferido y notificar a la AFP el monto de pensión definitivo en un plazo máximo de tres (3) días hábiles posteriores a la recepción del saldo.

**Párrafo IV:** La AFP deberá 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. Para el caso de la renta vitalicia, las compañías de seguros deberán remitir a la Superintendencia de Pensiones, en el formato electrónico y tiempo establecidos por ésta mediante circular, la información referente a las rentas vitalicias.

### **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.

### **g. Fallecimiento del afiliado solicitante**

Se deberá proceder conforme lo dispuesto en el literal g) del artículo 3 de la presente resolución.



# SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES

## TÍTULO III PENSIÓN POR CESANTÍA POR EDAD AVANZADA

**Artículo 5. Pensión por cesantía por edad avanzada para afiliados con edad mayor o igual a 57 años.**

### a. Requisitos

El afiliado tendrá derecho a una pensión por cesantía por edad avanzada cuando haya cumplido los requisitos siguientes:

- i. Tener cincuenta y siete (57) años de edad o más.
- ii. Quedar privado de un trabajo remunerado.

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

El procedimiento que debe seguir el afiliado para solicitar la pensión por cesantía por edad avanzada ante la AFP en la que se encuentra inscrito es el siguiente:

- i. Completar el formulario “Solicitud de Pensión”, según el formato presentado en el anexo núm. 1 de la presente resolución. El formulario deberá ser suscrito en original y copia y completado por un representante debidamente acreditado de la AFP.
- ii. Presentar original de su documento de identidad vigente.

Al afiliado debe entregársele la copia del formulario, con sello y firma del representante de la AFP”.

### c. Verificación de requisitos

En el plazo de cinco (5) días hábiles, contados desde la fecha de suscripción de la solicitud de pensión con la documentación requerida, la AFP deberá verificar el cumplimiento de 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. En caso de no cumplir con los requisitos, la AFP deberá notificar al afiliado de manera escrita o a través del medio de comunicación indicado en la solicitud, especificando el motivo del incumplimiento y procederá a declinar la solicitud.

**Párrafo I:** La AFP solicitará a la TSS, por vía electrónica preferiblemente, o en su defecto por vía física, una certificación en la que se indique que el afiliado esté cesante en la nómina registrada en la TSS a la fecha de la solicitud. La TSS deberá responder a más tardar el día hábil siguiente a la fecha de recepción de la solicitud remitida por la AFP.



## SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES

**Párrafo II:** Afiliados activos, pensionados o jubilados en instituciones con Planes de Pensiones Especiales como la Policía Nacional, las Fuerzas Armadas, el INABIMA o de las Cámaras Legislativas, con aportes en la AFP correspondientes a empleadores distintos de las instituciones con Planes Especiales, podrán recibir la pensión por Cesantía por Edad Avanzada.

**Párrafo III:** Los pensionados por discapacidad común y por riesgos laborales podrán recibir la pensión por Cesantía por Edad Avanzada, siempre y cuando la nómina en la que figuren activos en la certificación de la TSS sea la correspondiente a la compañía de seguros que paga la pensión por discapacidad común o del IDOPPRIL que paga la pensión por riesgo laboral. El beneficio de cesantía no deberá ser cancelado en caso de recibir aportes previsionales producto de la pensión por discapacidad, por pagos realizados de manera tardía por parte del empleador, acuerdos de pago o auditorías realizadas por la TSS, así como por aportes voluntarios extraordinarios realizados por el pensionado.

### **d. Verificación monto de pensión y 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, dentro del plazo de cinco (5) días hábiles contados desde la fecha de suscripción de la solicitud, deberá verificar el monto de pensión que recibiría el afiliado a la fecha de solicitud, mediante una estimación bajo la modalidad de retiro programado.

Si el monto resultante durante el primer año de pago de pensión, considerando el saldo CCI a la fecha de cálculo, es igual o superior a la pensión mínima vigente del régimen contributivo, la AFP deberá poner a disposición del afiliado 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, con el monto acumulado a la fecha de entrega del mismo.
- ii. Instructivo que señale claramente los pasos que debe seguir el afiliado para optar por las modalidades de pensión de 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 mensual por año bajo la modalidad de retiro programado que obtendría el afiliado durante los próximos cinco (5) años a partir del saldo de la cuenta de capitalización individual cortado a la fecha de entrega del mismo, de acuerdo a la metodología de cálculo establecida por la Superintendencia



# SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES

de Pensiones por medio de Resolución y deberá contener como mínimo lo especificado en el anexo núm. 1.

- 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.

Si el monto resultante durante el primer año de pensión, considerando el saldo CCI a la fecha de cálculo, es inferior a la pensión mínima vigente del régimen contributivo, la AFP deberá notificar al afiliado sobre el otorgamiento de la pensión mínima vigente hasta el agotamiento de los recursos. Esta comunicación deberá indicar la incompatibilidad de la pensión otorgada con el trabajo remunerado. En este caso, sólo se deberá adicionar el estado de Cuenta de Capitalización Individual.

**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 núm. 2 “Recepción Documentación”. Este documento deberá ser custodiado por la AFP en el expediente correspondiente al afiliado. La información podrá ser enviada al afiliado por el medio de comunicación que este haya elegido al momento de solicitar la pensión.

## e. Selección modalidad de pensión de cesantía por edad avanzada

Los afiliados que cumplan con los requisitos establecidos en el literal a) del presente artículo, podrán recibir el pago de la pensión de cesantía por edad avanzada, bajo una de las modalidades siguientes, según apliquen:

### **Retiro Programado**

Cuando el resultado de la estimación del cálculo del retiro programado a la fecha de solicitud sea igual o superior a la pensión mínima vigente del régimen contributivo durante el primer año, el monto de la pensión será el monto resultante del cálculo. El retiro programado deberá ser recalculado cada año posterior al otorgamiento del beneficio.

### **Renta Vitalicia**

Cuando el resultado de la estimación del cálculo del retiro programado a la fecha de solicitud sea igual o superior a la pensión mínima vigente del régimen contributivo durante el primer año, el afiliado tendrá la opción de adquirir una renta vitalicia con la compañía de seguros de su elección, siempre y cuando se garantice al menos un monto de pensión igual o superior a la mínima vigente.

### **Pensión Mínima del Régimen Contributivo**

Cuando el resultado de la estimación del cálculo del retiro programado a la fecha de solicitud o del recálculo sea inferior a la pensión mínima vigente del régimen contributivo,



## SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES

el monto de la pensión será la pensión mínima hasta el agotamiento de los recursos, siempre que el saldo acumulado en la Cuenta de Capitalización Individual sea mayor a dicha pensión.

### **Pago Único**

Cuando el saldo en la Cuenta de Capitalización Individual a la fecha de solicitud sea igual o menor a la pensión mínima del régimen contributivo, se le pagará la totalidad de la CCI en un único pago.

En un plazo de treinta (30) días calendarios contados a partir de la recepción de la documentación referida en el literal d) del presente artículo, el afiliado se deberá presentar 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 núm. 3 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, así como firmado y sellado por el representante autorizado de la AFP, será ingresado en el expediente del afiliado, mientras que la copia quedará en poder del afiliado.

Si el afiliado no presenta dicho formulario en el plazo indicado previamente, la solicitud será cancelada por vencimiento del plazo y la AFP deberá dejar constancia del motivo de la cancelación en el expediente del afiliado.

**Párrafo I:** Para las modalidades de retiro programado y pensión mínima del régimen contributivo, el afiliado podrá realizar las aportaciones previsionales correspondientes del pago de la pensión de Cesantía por Edad Avanzada para completar las 300 cotizaciones necesarias para acceder a los recursos del Fondo de Solidaridad Social, en caso de requerirlo, previo cumplimiento de los requisitos establecidos. Para tales fines, la SIPEN emitirá la norma correspondiente para establecer el mecanismo de retención y aportación.

**Párrafo II:** La pensión por cesantía por edad avanzada equivalente a la pensión mínima del Régimen Contributivo se actualizará de manera inmediata conforme a la variación de esta última, de acuerdo con lo establecido en la Resolución del Comité de Salarios de la República Dominicana.

**Párrafo III:** En caso de haber seleccionado la modalidad de renta vitalicia, el afiliado deberá indicar en el formulario "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 una comunicación emitida por la compañía de seguros elegida por este para contratar la renta vitalicia, firmada como muestra de su aprobación. Dicha comunicación deberá especificar la pensión mensual estimada que recibiría el afiliado, así como las informaciones



## SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES

requeridas para la transferencia del saldo CCI a la aseguradora. La transferencia de los recursos deberá materializarse en un plazo no mayor de tres (3) días hábiles después de que el afiliado haya suscrito el formulario “Selección de la Modalidad de Pensión” notificando a la AFP la compañía de seguros elegida por este para contratar la renta vitalicia. En ningún caso el monto de pensión otorgado bajo la modalidad de renta vitalicia podrá ser inferior a la pensión mínima establecida en la ley 87-01, la cual es equivalente al salario mínimo legal vigente más bajo.

**Párrafo IV:** Las compañías de seguros deberán recalculan el monto de pensión a otorgar en base al monto efectivo de la CCI transferido y notificar a la AFP correspondiente el monto de pensión definitivo en un plazo máximo de tres (3) días hábiles posteriores a la recepción del saldo.

**Párrafo V:** Las AFP deberán remitir a la Superintendencia de Pensiones en el formato electrónico y tiempo establecido por esta mediante circular, la información referente a las solicitudes de pensiones. Para el caso de la renta vitalicia, 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.

### **f. Fecha a partir de la cual se devenga la pensión por cesantía por edad avanzada**

Las AFP realizarán los pagos a más tardar el último día hábil de cada mes. Si no han transcurrido al menos cinco (5) días hábiles entre la fecha de suscripción del formulario “Selección de la Modalidad de Pensión” y el último día hábil del mes, la AFP deberá iniciar los pagos a partir del mes siguiente. Para formalizar el otorgamiento de la pensión, las AFP entregarán al afiliado al momento de recepción del referido formulario “Selección de la Modalidad de Pensión” una notificación de la modalidad de pensión elegida que indique la fecha a partir de la cual comenzará a devengarse la pensión por cesantía, el monto de la pensión a otorgarse, así como informar sobre el recálculo de la pensión cada año, en caso de que aplique, y el pago de navidad equivalente a la doceava parte del total cobrado en el año. Esta notificación debe indicar que la pensión de cesantía por edad avanzada no es compatible con el trabajo remunerado.

Para fines de recálculo de la pensión por retiro programado, si la suscripción del formulario “Selección de la Modalidad de Pensión” se realizó antes de los cinco (5) días hábiles previos a la finalización de un mes determinado, el recálculo de la pensión debe realizarse con el saldo de la CCI correspondiente al cumplimiento del año calendario de la fecha de suscripción del referido formulario o al siguiente día hábil.

Si la suscripción del referido formulario se realizó dentro de los cinco (5) días hábiles previos a la finalización de un mes determinado, el recálculo de la pensión debe realizarse con el saldo de la CCI correspondiente al primer día hábil del mes posterior a la recepción del doceavo pago de pensión, excluyendo el pago de la proporción de navidad.



## SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES

En caso de renta vitalicia, las compañías de seguros realizarán los pagos a más tardar el último día hábil de cada mes. Si han 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, la aseguradora podrá iniciar los pagos a partir del mes siguiente. Para formalizar el otorgamiento de la pensión, las compañías de seguros entregarán al afiliado una certificación donde indique al menos el monto de la pensión, la modalidad elegida, la fecha a partir de la cual comenzará a devengarse la pensión y la fecha de la próxima indexación.

### **g. Cese del disfrute de la pensión por cesantía por edad avanzada**

La pensión por cesantía por edad avanzada terminará por algunas de las causas siguientes:

- i. Agotamiento de los recursos acumulados en la CCI del afiliado;
- ii. A solicitud del pensionado;
- iii. Con excepción de la modalidad de renta vitalicia, por el registro de aportaciones previsionales provenientes de una actividad remunerada correspondiente a períodos posteriores al inicio del disfrute de la pensión, lo cual indica que el afiliado se encuentra activo en una nómina.
- iv. Fallecimiento del afiliado.

**Párrafo:** A fin de validar si el afiliado se encuentra activo en una nómina, la AFP solicitará a la TSS, por vía electrónica preferiblemente, o en su defecto por vía física, a más tardar tres (3) días hábiles a partir de la recepción del aporte en la AFP, una certificación en la que se indique que el afiliado se encuentra activo en una nómina registrada en la TSS. La TSS deberá responder a más tardar el día hábil siguiente a la fecha de recepción de la solicitud remitida por la AFP. En caso de confirmar que el empleado se encuentre activo en nómina, la AFP procederá a cancelar el pago de la pensión y notificará al afiliado sobre el motivo de la misma.

### **h. Fallecimiento del afiliado solicitante**

En caso de ocurrir el fallecimiento del afiliado durante el proceso de tramitación de la solicitud de pensión por cesantía por edad avanzada, la AFP cancelará la solicitud, siempre y cuando haya sido debidamente notificada. Si el afiliado optó por la modalidad de renta vitalicia y no ha sido efectiva la transferencia de los recursos a la fecha de notificación del fallecimiento en la AFP o compañía de seguros, la AFP deberá cancelar la solicitud y reintegrar los fondos a la cuenta de capitalización individual del afiliado.



# SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES

## TÍTULO IV PENSIÓN MÍNIMA A CARGO DEL FONDO DE SOLIDARIDAD SOCIAL

### Artículo 6. Pensión mínima a cargo del Fondo de Solidaridad Social (FSS).

#### a. Requisitos

El afiliado tendrá derecho a acceder a los recursos del Fondo de Solidaridad Social (FSS) para recibir la pensión mínima garantizada del régimen contributivo, cuando haya cumplido los requisitos siguientes:

- i. Tener sesenta y cinco (65) años de edad o más.
- ii. Haber cotizado un mínimo de trescientos (300) meses.
- iii. Que la cuenta personal del afiliado no cuente con un saldo acumulado suficiente para cubrir la pensión mínima vigente del régimen contributivo.

#### b. Solicitud de acceso a los recursos del FSS

El procedimiento que debe seguir el afiliado para acceder a los recursos del Fondo de Solidaridad Social (FSS) para recibir la pensión mínima es el siguiente:

- i. Completar el formulario “Solicitud de acceso al Fondo de Solidaridad Social” en la AFP que administra el Fondo de Solidaridad Social, según el formato presentado en el anexo núm. 4 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.
- ii. Presentar original de su documento de identidad vigente.
- iii. Constancia de la AFP que otorgó la pensión indicando el agotamiento de los recursos acumulados en la CCI.

Al afiliado debe entregársele la copia del formulario, con sello y firma del representante de la AFP.

**Párrafo:** Las AFP deberán prever el agotamiento de los fondos en la cuenta personal del afiliado que esté percibiendo el beneficio de una pensión, a fin de que le notifique sobre el inicio oportuno del trámite para el acceso al FSS.

#### c. Verificación de requisitos por parte de la AFP que administra el FSS

En el plazo de cinco (5) días hábiles, contados desde la fecha de suscripción del formulario de solicitud con 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



# SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES

de la solicitud y los documentos anexos. En caso de no cumplir con los requisitos, la AFP deberá notificar al afiliado de manera escrita, estableciendo el motivo del incumplimiento y procederá a declinar la solicitud.

**Párrafo I:** La AFP podrá solicitar 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 solicitante. 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.

**Párrafo II:** Las pensiones a cargo del Fondo de Solidaridad Social sólo podrán otorgarse a aquellos afiliados que, cumpliendo con los requisitos de acceso, tenían un beneficio de pensión bajo la modalidad de retiro programado o pensión mínima hasta el agotamiento de los recursos.

## **d. Fecha a partir de la cual se devenga la pensión mínima con recursos del FSS**

La AFP realizará los pagos a más tardar el último día hábil de cada mes. Si no han transcurrido al menos cinco (5) días hábiles entre la fecha de solicitud y el último día hábil del mes, la AFP deberá iniciar los pagos a partir del mes siguiente. Para formalizar el acceso al Fondo de Solidaridad Social, la AFP entregará al afiliado una notificación que indique la fecha a partir de la cual comenzará a devengarse la pensión mínima con recursos del FSS, así como el cese de la pensión ante el fallecimiento del pensionado, especificando que los recursos utilizados para el pago de la pensión a cargo del FSS no serán una herencia previsional.

**Párrafo:** La pensión a cargo del FSS deberá actualizarse de manera automática conforme a la variación de la pensión mínima vigente del régimen contributivo.

## **e. Cese del disfrute de la pensión a cargo del Fondo de Solidaridad Social.**

La pensión a cargo del Fondo de Solidaridad se otorgará hasta el fallecimiento del afiliado.

## **TÍTULO V PENSIÓN POR DISCAPACIDAD Y SOBREVIVENCIA**

**Artículo 7. 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:



# SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES

- i. Estar cubierto por el seguro de discapacidad y sobrevivencia.
- ii. 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 en un cincuenta por ciento (50%) o más.
- iii. Contar con la certificación de discapacidad total o parcial emitida por la CTD.
- iv. No haber fallecido antes de la evaluación de la discapacidad.

**Párrafo I:** 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 correspondiente. 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 parte de la Comisión Médica Nacional (CMN).

**Párrafo II:** La Comisión Médica Nacional (CMN) no podrá conocer recursos de apelación hasta tanto no prescriba el plazo de apelación establecido tanto para el afiliado como para la compañía de seguros, salvo que el afiliado haya fallecido luego de haber recibido el dictamen y no se requiera de su presencia para la emisión del dictamen de discapacidad. Si el afiliado fallece antes de recibir el dictamen de la CMR y existe un recurso de apelación por parte de la Compañía de Seguros, la CMN podrá emitir su dictamen, siempre y cuando no se requiera de la presencia del afiliado para la evaluación.

**Párrafo III:** En caso de que se requiera la presencia del afiliado para concluir la evaluación y calificación de la discapacidad y el mismo haya fallecido, la Comisión Médica Regional/Nacional deberá cancelar la solicitud de evaluación, notificándolo a la Administradora mediante el formulario “Devolución Solicitud FORM-DEV-09”, el cual figura en el anexo núm. 5 de la presente resolución.

**Párrafo IV:** Para los afiliados que fallecen contando con un dictamen de discapacidad definitivo emitido por la CMR y/o CMN y apliquen para el beneficio de la pensión por discapacidad, la Comisión Técnica sobre Discapacidad (CTD) certificará el grado de discapacidad y la aseguradora deberá realizar los pagos a los beneficiarios o herederos legales correspondientes desde la fecha de concreción establecida por las Comisiones Médicas hasta la fecha de fallecimiento del afiliado. De este pago se descontarán los aportes previsionales correspondientes y se otorgará la cobertura de sobrevivencia a los beneficiarios de ley, si existen.

## b. Afiliados cubiertos

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



## SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES

- i. Que sus empleadores hayan realizado los aportes destinados a cubrir el costo del seguro de discapacidad y sobrevivencia.
- ii. Que la Administradora haya pagado la prima correspondiente a la compañía de seguros que esta 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 Administradora 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 Administradora no realice el pago del costo de seguro de discapacidad y sobrevivencia y ocurra un siniestro. En caso de que la Administradora reciba la prima y no realice el pago, tendrá la responsabilidad de cubrir la pensión por discapacidad o sobrevivencia. No es responsabilidad de la Administradora las primas de seguros no pagadas a la aseguradora como consecuencia de una inconsistencia en la fecha de nacimiento del afiliado registrada en la base de datos del Sistema, siempre y cuando se evidencie que el error del registro corresponde a la documentación suministrada por el afiliado.

**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 Administradora a la compañía de seguros 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 Administradora correspondiente, el formulario “Solicitud de Evaluación y Calificación de Discapacidad Permanente FORM-SECDP-01” que figura en el anexo núm. 6 de la presente resolución, incluyendo la documentación siguiente:

- i. Presentar documento de identidad vigente
- ii. Epicrisis y certificados médicos
- iii. Documentación médica original relacionada con la condición de salud que genera la solicitud de evaluación y calificación de discapacidad.
- iv. Documento probatorio del empleador, indicando si está trabajando en la actualidad o hasta qué fecha trabajó, así como la ocupación y horario de trabajo.

**Párrafo I:** La Administradora iniciará los trámites para el otorgamiento de la pensión por discapacidad sólo después de haber revisado que el afiliado haya presentado la totalidad de



## SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES

la documentación requerida. En caso de que la documentación no esté completa, la Administradora devolverá al afiliado o a su representante legal mediante formulario de devolución de solicitud FORM-DEV-09, que figura en el anexo núm. 5 de la presente resolución, indicando por escrito el motivo y la documentación faltante para que sea completada en un plazo de veinte (20) días hábiles.

**Párrafo II:** El formulario “Solicitud de Evaluación y Calificación de Discapacidad Permanente FORM-SECDP-01” deberá ser confeccionado por la Administradora en tres (3) ejemplares. Un ejemplar deberá ser incluido en el expediente individual del afiliado en la Administradora; 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 Administradora debidamente respaldada con el sello y la firma del representante de la Administradora y la firma del solicitante de la evaluación y calificación.

El afiliado podrá solicitar la cancelación del proceso de solicitud de evaluación y calificación de la discapacidad mediante carta de desestimación de la solicitud y copia de su documento de identidad. En estos casos la solicitud deberá ser cancelada por la Administradora.

### **d. Solicitud de evaluación y calificación de discapacidad a la Comisión Médica Regional**

La Administradora 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 identidad vigente, 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 Administradora.

**Párrafo I:** Una vez la CMR 0 reciba el expediente completo, la Secretaría de la CMR 0 le asigna un número de caso dándosele a conocer a la Administradora. La Administradora 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.

**Párrafo II:** 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 Administradora, por escrito o vía electrónica los documentos que faltan en un plazo de dos (2) días hábiles. La Administradora completará el expediente en un plazo de diez (10) días hábiles siguientes a



## SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES

la recepción de la notificación de los documentos faltantes. Si el expediente no ha sido completado, la CMR 0 lo devolverá a la Administradora.

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 Administradora a través del mensajero de la Administradora. En este caso, el plazo de evaluación y calificación se suspende hasta la recepción del expediente completo.

La Administradora 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, documento de identidad vigente del afiliado, el número de 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 la Evaluación y Calificación del Grado de Discapacidad atendiendo a la Profesión o Especialidad del Trabajo de la persona afectada, 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 Administradora 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 (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 Administradora, la suspensión del plazo a más tardar dos (2) días hábiles después de adoptada la decisión. La Administradora deberá informar la suspensión del plazo al afiliado y a la compañía de seguros en un plazo de cinco (5) días hábiles contados a partir de la recepción de la notificación por parte de la CMR.



## SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES

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 Administradora, mediante el Formulario FORM-DEV-11, para fines de que notifique al afiliado el cierre del caso por no comparecencia. La AFP procederá a cancelar la solicitud y el afiliado podrá realizar una solicitud nueva, siguiendo el mismo procedimiento establecido para esos fines.

La compañía de seguros cubrirá el costo por evaluación del expediente remitido, de acuerdo con 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 Administradora.

La Administradora 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 Administradora 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.

### **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.



## SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES

El recurrente (afiliado o compañía de seguros) entregará a la CMN su solicitud de apelación al dictamen, utilizando el formulario de apelación de dictamen de discapacidad permanente (FORM-APE-07), que figura en el anexo núm. 7, para su revisión.

El afiliado que resida en el interior del país podrá interponer su apelación contra el dictamen de la CMR ante la Administradora que tramitó su solicitud de evaluación de discapacidad. La Administradora 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 Administradora las apelaciones que han sido interpuestas.

La Administradora 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 quince (15) días laborables revisará, validará o rechazará el dictamen recibido, con las motivaciones y razones que dan lugar a su decisión, pudiendo, en caso de ser necesario, además de evaluar el expediente, citar al afiliado para revisar la evaluación. Cualquier decisión tomada por la Comisión Médica Nacional deberá estar debidamente motivada y fundamentada en el dictamen que someta ante la CTD.

La CMN se abocará a conocer la apelación a la calificación del grado de discapacidad emitida por las Comisiones Médicas Regionales, tomando en consideración los alegatos del apelante, para lo cual evaluará todo el expediente, produciendo un nuevo dictamen, el cual debe motivar indicando las razones y consideraciones necesarias para validar, rechazar y/o modificar el dictamen emitido por la CMR de que se trate.

La CMN notificará su decisión o dictamen vía física y electrónica a las partes interesadas.

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 Administradora. La Administradora deberá notificar y remitir el resultado 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 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.



# SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES

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.

**Párrafo I:** Las Administradoras deberán notificar a la Comisión Médica Nacional las fechas de vencimiento del período para apelación correspondiente al afiliado y las compañías de seguros, atendiendo a las fechas de recepción de la notificación de los dictámenes emitidos por las Comisiones Médicas Regionales.

## **h. Plazo y notificación de carta de cobertura**

Una vez vencido el plazo de apelación o recibido el dictamen emitido por la Comisión Médica Nacional, en un período no mayor a tres (03) días hábiles, la compañía de seguros deberá validar y notificar la cobertura de la solicitud de la pensión por discapacidad a la Administradora.

En caso de tener cobertura, la Administradora deberá remitir a la SIPEN la carta de confirmación de cobertura acompañada del expediente completo del afiliado.

En caso de no tener cobertura, la Administradora deberá remitir al afiliado la carta de declinación, indicando la causa de esta. Asimismo, deberá remitir a la SIPEN la referida carta con toda la documentación del expediente.

## **i. Certificación del grado de discapacidad**

La Comisión Técnica sobre Discapacidad (CTD) conocerá los expedientes evaluados y calificados por las Comisiones Médicas Nacionales y/o Regionales, con la finalidad de emitir la certificación del grado de discapacidad correspondiente de conformidad con las normas vigentes y el procedimiento establecido por la Comisión Técnica sobre Discapacidad, en el plazo que estime pertinente

## **j. Remisión de las certificaciones de discapacidad a las Administradoras**

La Comisión Técnica sobre Discapacidad (CTD) remitirá la certificación de discapacidad a la Administradora en un plazo no mayor de tres (3) días hábiles luego de haber sido conocido por dicha Comisión. La Administradora deberá remitir la certificación al afiliado en un plazo no mayor de tres (3) días hábiles, contados a partir de su recepción.

## **k. 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 Administradora deberá informar a la compañía de seguros lo siguiente:



## SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES

- i. Documento con salario base del afiliado, equivalente al promedio del salario cotizante (cotizado) indexado de los últimos tres (3) años o fracción. Para tales fines, la Administradora 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 Administradora 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 o sobrevivencia es la siguiente:

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

Dónde:

- $\bar{\omega}$  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 meses cotizados durante los últimos treinta y seis (36) meses anteriores a la concreción de la discapacidad o fallecimiento del afiliado.

**Párrafo I.** Para los casos de afiliados con discapacidad 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



## SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES

beneficio de pensión, con el pago de la prima de acuerdo con lo establecido en el contrato póliza de discapacidad y sobrevivencia.

- ii. El documento de identidad vigente del afiliado con discapacidad 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 (TSS), y continúe pagando las contribuciones deduciendo del monto de la pensión por discapacidad, los porcentajes establecidos en la Ley hasta que el afiliado con discapacidad 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 Administradoras a más tardar el día hábil siguiente de la recepción de los recursos correspondientes a ese concepto.

**Párrafo II:** Para aquellos casos en los que no existan salarios cotizados entre la fecha de concreción de la discapacidad y la fecha de siniestro, el período  $t_o$  corresponderá al mes anterior a la fecha de siniestro de la discapacidad.

**Párrafo III:** La compañía de seguros deberá fungir como agente de retención de los pagos a la seguridad social a través de la Tesorería de la Seguridad Social, y deberá pagar las contribuciones, deduciendo del monto de la pensión por discapacidad los porcentajes establecidos en la Ley.

### l. Monto de pensión

La compañía de seguros indemnizará al afiliado con una renta mensual, de acuerdo con la siguiente escala:

1. Afiliado con un grado de discapacidad entre 50% y 66.66% tendrán derecho a una pensión equivalente al menos de un treinta por ciento (30%) del salario base, de acuerdo con lo establecido en la presente resolución.
2. Afiliado con un grado de discapacidad superior al 66.66% tendrán derecho a una pensión equivalente al menos al sesenta por ciento (60%) del salario base, de acuerdo con lo establecido en la presente resolución.

### m. Plazo y notificación carta de respuesta de la compañía de seguros

La compañía de seguros deberá remitir a la Administradora una comunicación donde conste el detalle del monto de 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 Administradora deberá remitir copia de dicha comunicación a la



# SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES

Superintendencia de Pensiones, en un plazo de dos (2) días hábiles contados a partir de la recepción.

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

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 Comisión Médica Regional (CMR) y/o Comisión Médica Nacional (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 compañía de seguros deberá realizar los pagos al afiliado mediante cheque, transferencia bancaria o a través de los medios de pagos que ponga la aseguradora a disposición del pensionado, a más tardar el último día hábil de cada mes, siempre y cuando hayan transcurrido al menos cinco (5) días hábiles entre el último día hábil del mes y la fecha de recepción de la certificación de la CTD.

**Párrafo:** El pago por discapacidad será efectuado al propio afiliado a menos que se le presenten pruebas a la compañía de seguros de que dicho afiliado es incapaz para otorgar un recibo válido de descargo, en cuyo caso deben ser presentadas las pruebas que justifiquen dicha condición. En tal circunstancia, los pagos se realizarán a la(s) persona(s) que determine el Consejo de Familia homologado por el Tribunal competente o su representante legal, según aplique.

**Artículo 8. Pensión de sobrevivencia para los beneficiarios de los afiliados cubiertos 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 cubierto, los beneficiarios indicados en el artículo 51 de la 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 7 de la presente resolución.

## **b. Beneficiarios**

Serán beneficiarios de una pensión de sobrevivencia como consecuencia del fallecimiento de un afiliado cubierto:

- a) El (la) cónyuge sobreviviente o compañero(a) de vida;
- b) Los hijos solteros menores de 18 años;



## SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES

- c) Los hijos solteros mayor o igual de 18 años y menores de 21 años que demuestren mediante certificación el registro de inscripción en algún centro de estudios durante los seis (6) meses anteriores al fallecimiento o al momento del fallecimiento del afiliado;
- d) Los hijos de cualquier edad dictaminados con discapacidad a partir de un grado de discapacidad de un 50%;
- e) A partir de su nacimiento o notificación del nacimiento, los hijos en gestación al momento del fallecimiento del afiliado.

El cónyuge sobreviviente/compañero de vida con edad menor o igual a cincuenta (50) años, al momento del fallecimiento del afiliado, recibirá una pensión durante sesenta (60) meses consecutivos; los cónyuges/compañeros de vida con edad comprendida entre cincuenta (50) años cumplidos y un día y menor o igual a cincuenta y cinco (55) años, recibirán una pensión durante setenta y dos (72) meses consecutivos; si la edad es mayor a cincuenta y cinco (55) años y un día recibirán una pensión vitalicia.

El hijo menor de dieciocho (18) años, al momento del fallecimiento del afiliado, recibirá una pensión hasta el cumplimiento de 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 c) del presente artículo. Los hijos de cualquier edad considerados con discapacidad, de acuerdo con el dictamen emitido por la Comisión Médica Regional, recibirán una pensión vitalicia.

La compañía de seguros, en caso del fallecimiento de un asegurado, indemnizará con una renta mensual equivalente al menos al sesenta por ciento (60%) del promedio salarial indexado de los últimos treinta y seis (36) meses o fracción cotizados por el afiliado anteriores al mes de su fallecimiento, si su seguro se encuentra en vigencia y antes de cumplir la edad de cobertura, distribuidas en un cincuenta por ciento (50%) del total de esa renta para el cónyuge o compañero (a) de vida y el cincuenta por ciento (50%) restante, para el total de los hijos. En el evento de que el beneficiario lo constituya únicamente el cónyuge o compañero de vida, este recibirá el 100% del monto de la pensión. Asimismo, recibirá el 100% del monto de la pensión el hijo o los hijos en caso de ausencia de cónyuge o compañero de vida.

En el caso de existir hijos en gestación, el monto de la pensión será pagado en su totalidad a los beneficiarios existentes. A partir de la notificación del nacimiento del gestado, el monto total de la pensión correspondiente a los hijos será redistribuido incluyendo al nuevo beneficiario, siempre y cuando dicha notificación se realice a la aseguradora antes de la expiración del disfrute del beneficio por parte de los demás beneficiarios en la solicitud, según corresponda. En caso de que el nacimiento o la notificación del nacimiento se realice



## SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES

en una fecha posterior a la expiración del período de disfrute de alguno de los hijos beneficiarios, el monto a otorgar al nuevo beneficiario es la proporción que le corresponde como hijo a partir de su nacimiento.

**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 Administradora deberá solicitar a los mismos con al menos tres (03) meses 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, para que sea realizada cuando el beneficiario ya tenga los 18 años de edad cumplidos.

### c. 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 con el formato que figura en el anexo núm. 8 de la presente resolución, incluyendo los documentos siguientes:

- i. Original del acta de defunción del afiliado.
- ii. Copia del documento de identidad del cónyuge/compañero de vida.
- iii. Original del acta de matrimonio emitida con fecha posterior al fallecimiento. De existir una unión libre se deberá de anexar original de la compulsión del acto notarial, realizado por siete (07) comparecientes, que declaren y reconozcan la existencia de dicha relación, legalizado ante la Procuraduría General de la República.
- iv. Original del acta de nacimiento todos los hijos del afiliado fallecido. En caso de hijos mayores de edad, se requerirá adicionalmente copia del documento de identidad vigente. Si hubiere hijos adoptivos se deberá presentar además copia de la documentación legal que los acredite como tales.
- v. Original de la compulsión del acto de notoriedad debidamente legalizado ante la Procuraduría General de la República para validar todos los hijos beneficiarios, donde se establezca la presunta edad de estos o las personas con derecho a suceder en caso de no contar con descendientes.
- vi. Original del acta del Consejo de Familia, debidamente homologado, cuando el beneficiario sea menor de edad en ausencia de tutores legales.
- vii. Para el caso de hijos con edad mayor o igual a 18 años y menor o igual a 21 años, al momento del fallecimiento del afiliado, certificación de estudios donde conste el registro de inscripción en algún centro de estudios durante los seis (6) meses anteriores al fallecimiento o al momento del fallecimiento del afiliado, debidamente sellada y firmada por la institución.
- viii. Para el caso de hijos con edad mayor o igual a 18 años y menor o igual a 21 años, al momento del fallecimiento del afiliado, declaración jurada de soltería realizada notariada y legalizada ante la Procuraduría General de la República.



## SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES

- ix. Acta policial o documento emanado de autoridad competente, en caso de muerte no natural.
- x. Carta del empleador del afiliado fallecido donde conste tiempo y horario de trabajo, especificando si el afiliado se encontraba laborando al momento del fallecimiento o al momento de ocurrir el evento que provocó el fallecimiento. Este documento sólo será requerido si el afiliado tenía una relación de dependencia laboral a la fecha del fallecimiento.
- 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 Administradora y acuse de recibo de los documentos anexados.

La Administradora no remitirá la reclamación a la compañía de seguros hasta tanto no esté completa la documentación requerida. La Administradora deberá iniciar la solicitud y notificar esta situación a los solicitantes, conjuntamente con el detalle de la documentación faltante a los fines de que sea completada. Esta notificación deberá hacerse de manera escrita y con acuse de recibo.

**Párrafo I:** En los casos validados por la Administradora correspondiente a afiliados fallecidos con una edad superior a la establecida para la cobertura, sin beneficiarios de ley o con la certificación de aprobación del IDOPPRIL, la documentación indicada en los numerales vii), viii), ix) y x) del literal c) del presente artículo, no es requerida.

**Párrafo II:** En caso de unión libre, se podrá realizar un único acto notarial donde se declare y reconozca la existencia de dicha unión, así como se validen todos los hijos del fallecido.

### **d. 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 por sobrevivencia correspondientes serán aquellos cubiertos por el seguro de Riesgos Laborales contemplados en la regulación vigente. En este caso, los herederos legales recibirán el monto total de los fondos acumulados en la cuenta de capitalización individual.

### **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 Administradora deberá remitir la misma a la compañía de seguros e informar lo siguiente:



## SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES

- i. Salario base del afiliado, equivalente al promedio del salario cotizante (cotizado) indexado de los últimos tres (3) años. Para tales fines, la Administradora 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 k), numeral 1, del artículo 7 de la presente resolución.
- ii. Número de beneficiarios, identificación de los mismos, relación o parentesco, fechas de nacimiento, sexo, indicando si existe algún potencial beneficiario con discapacidad o si existe un hijo en gestación.
- iii. Copia del Estado de Cuenta del afiliado fallecido cortado a la 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 con discapacidad y la solicitud de pensión por sobrevivencia tenga cobertura, la Administradora deberá notificar al potencial beneficiario con discapacidad para que inicie el trámite de evaluación y calificación de discapacidad.

### **g. Respuesta de la compañía de seguros que aprueba la solicitud de pensión de sobrevivencia**

Cuando el beneficio por sobrevivencia sea aprobado, la carta de respuesta deberá contener como mínimo para cada beneficiario las informaciones relativas al monto de pensión aprobado, detalle del monto retroactivo a pagar considerando las posibles indexaciones, así como el monto del capital técnico necesario. La Administradora 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.

En los casos que existan potenciales hijos beneficiarios con discapacidad, el cálculo del incremento del monto de la pensión para todos los beneficiarios deberá realizarse de manera definitiva a partir de la recepción por parte de las compañías de seguros del dictamen emitido por las Comisiones Médicas.



## SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES

Una vez recibida la respuesta del estatus de la solicitud, la Administradora deberá remitir a los beneficiarios dicha respuesta en un plazo no mayor a tres (3) días hábiles luego de haberla recibido.

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

En un plazo de quince (15) días hábiles, contados a partir de la recepción de la solicitud con toda la documentación requerida, la compañía de seguros deberá remitir la carta de respuesta. 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 Administradora se lo deberá informar de manera escrita a los herederos legales, indicando el motivo de la declinación, en un plazo no mayor a tres (3) días hábiles contados a partir de la fecha de haber recibido la carta de respuesta del estatus de la solicitud por parte de la compañía de seguros. La Administradora deberá archivar la carta de respuesta en el expediente del afiliado y dará por finalizado el trámite de solicitud de pensión por sobrevivencia.

En estos casos, los herederos legales recibirán el monto total de los fondos acumulados en la cuenta de capitalización individual, de acuerdo con lo establecido en las leyes dominicanas. Si alguno de los herederos legales no está hábil para recibir el pago correspondiente, se procederá con el pago parcial a los familiares que sí estén disponible, dejando la CCI activa hasta realizar la totalidad de los pagos 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 Administradora.

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, incluyendo los montos indexados en caso de que aplique. Para estos fines las compañías de seguros realizarán los pagos a los beneficiarios a más tardar 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 unión libre al momento del fallecimiento del afiliado, validado en cualquiera de las actas de notoriedad que declara los beneficiarios y que no complete la documentación requerida, se procederá al pago a los beneficiarios que si hayan completado la documentación,



## SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES

reservando el porcentaje de pensión de esos beneficiarios por el período de prescripción que se encuentre vigente en el contrato póliza correspondiente, contado a partir de la fecha del fallecimiento.

Si prescrito el plazo establecido, no se presentara la documentación requerida, la compañía de seguros procederá al pago de la suma reservada más los beneficios generados distribuida a prorrata entre los beneficiarios, conforme distribución legal, independientemente de que el beneficiario no se encuentre disfrutando del beneficio de la pensión.

El monto de la pensión a pagar a cada beneficiario debe ser recalculado excluyendo al beneficiario que no presentó la documentación requerida, una vez cumplido el plazo establecido.

### **j. Documentación para remitir a la Superintendencia de Pensiones**

Las Administradoras deberán remitir a la SIPEN los expedientes correspondientes a dichas solicitudes en formato digital o en la forma que indique la Superintendencia de Pensiones, a más tardar el tercer día hábil del mes siguiente en el cual fue recibida la carta de respuesta por parte de la compañía de seguros, con toda la documentación requerida en el presente artículo y cualquier otra documentación que forme parte del expediente.

Las Administradoras deberán remitir a la SIPEN con periodicidad semestral en formato digital, una relación de todos los casos en estatus pendiente, indicando como mínimo: número de solicitud, número del documento de identidad del afiliado fallecido, nombre completo del afiliado fallecido, fecha de envío a la compañía de seguros, justificación del estatus pendiente (si aplica). Esta información será enviada en los primeros diez (10) días hábiles posteriores al cierre de cada semestre.

## **CAPÍTULO VI DISPOSICIONES COMUNES**

**Artículo 9. Carta del empleador.** En caso de que los empleadores se nieguen a emitir carta de empleo en favor de afiliados o beneficiarios que tramiten solicitudes de pensión que requieran dicho documento para tales fines en apego a las disposiciones de la presente resolución o la obtención del referido documento no pueda ser posible por distintas razones, las Administradoras procederán a dar inicio a la solicitud de pensión y notificarán a la Superintendencia de Pensiones de tal situación, a fin de que la misma proceda con las instrucciones administrativas de lugar.

**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 por el Índice de Precios



# SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES

al Consumidor publicado por el Banco Central de la República Dominicana de acuerdo a la normativa vigente.

**Artículo 11. Representante legal.** Aquellos afiliados y/o beneficiarios que no puedan asistir personalmente a la Administradora a realizar las solicitudes de pensión de lugar, podrán ser representados por un apoderado legal.

**Párrafo:** En el caso de que la documentación relativa a la representación legal de los afiliados que no asisten personalmente a solicitar algún beneficio establecido en la presente resolución esté afectada de alguna irregularidad, no cumpla con las exigencias legales vigentes o no pueda ser verificada su validez con el afiliado y/o beneficiario por los canales de comunicación establecidos, la Administradora tendrá la facultad de rechazar dicha documentación previa realización de las investigaciones o validaciones que entienda de lugar. Si la Administradora comprueba la existencia de irregularidad, inconsistencia, falsedad o fraude en perjuicio de los afiliados y/o beneficiarios o de la entidad misma, cancelará la solicitud de beneficios y notificará a la Superintendencia de Pensiones sobre el particular, así como al representante legal y al afiliado y/o beneficiario con acuse de recibo indicando el motivo de la cancelación y podrá adicionalmente tomar las medidas de precaución que entienda pertinentes para salvaguardar los derechos de sus afiliados y/o beneficiarios.

**Artículo 12. Inconsistencia en el documento de identidad.** Si existiera discrepancia entre el documento de identidad vigente presentado por el afiliado y la información registrada en la base de datos de la Administradora, esta no dará curso a la solicitud hasta tanto sea presentada la documentación emitida por los organismos estatales competentes que sustenten dichos cambios o modificaciones.

**Artículo 13. Cálculo fracción monto de pensión.** A los fines de calcular los montos de las pensiones por discapacidad y sobrevivencia, así como por rentas vitalicias descritas en la presente resolución que correspondan a fracciones de meses, se tomará el monto de pensión mensual dividido entre 30, multiplicado por el número de días existentes entre la fecha de generación del derecho y el último día calendario del mes correspondiente, incluyendo los extremos.

**Artículo 14. Salario de navidad.** El pago del salario de navidad equivaldrá al menos a la doceava parte del total cobrado por el afiliado y/o beneficiario en un año calendario y deberá ser efectuado a más tardar el día veinte (20) del mes de diciembre, durante todos los años o fracción de año en que se cobre la pensión.

**Artículo 15. Rentas vitalicias.** Aquellos afiliados que realicen aportes posteriores al otorgamiento de una pensión bajo la modalidad de renta vitalicia podrán acceder a los recursos acumulados en la CCI conforme al cumplimiento de los requisitos establecidos en las normativas vigentes.



# SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES

**Párrafo.** El estatus de inactividad o cierre de la CCI posterior a la transferencia de los recursos a la compañía aseguradora será acorde a lo dispuesto por la Superintendencia de Pensiones mediante la normativa vigente.

**Artículo 16. Solicitudes de beneficios de manera virtual.** Las Administradoras podrán tramitar las solicitudes de beneficios contempladas en la presente resolución de manera virtual, asegurando el cumplimiento de las disposiciones indicadas en la misma, así como la identidad del afiliado e integridad de la información. Deberán notificar previamente a la SIPEN la puesta en funcionamiento de los servicios digitales relacionados al trámite de beneficios.

## CAPÍTULO VII DISPOSICIONES FINALES

**Artículo 17.** Para lo no previsto en la presente resolución, las partes se remitirán al derecho común.

**Artículo 18.** La presente resolución sustituye las resoluciones núm. **306-10, 342-12, 346-12, y 440-21** emitidas por esta Superintendencia.

**Artículo 19. Entrada en vigencia.** La presente resolución entrará en vigencia el 01 de septiembre de 2022 y deberá ser notificada a las partes interesadas y publicada para los fines correspondientes.

Dada en Santo Domingo, Distrito Nacional, Capital de la República Dominicana, a los catorce (14) días del mes de julio del año dos mil veintidós (2022).

**Ramón E. Contreras Genao**  
Superintendente de Pensiones



Logo y nombre de la entidad

### FORMULARIO DE SOLICITUD DE PENSIÓN

**No. Solicitud**

|                |   |   |   |                 |   |   |   |   |   |   |   |
|----------------|---|---|---|-----------------|---|---|---|---|---|---|---|
| A              | A | A | A | 0               | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Código Entidad |   |   |   | No. Correlativo |   |   |   |   |   |   |   |

**Fecha suscripción**

|     |  |     |  |     |  |  |
|-----|--|-----|--|-----|--|--|
| Día |  | Mes |  | Año |  |  |
|     |  |     |  |     |  |  |

**Tipo de pensión solicitada**

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Pensión por vejez afiliados con 60 años de edad o más y con un mínimo de 360 meses cotizados  |
| <input type="checkbox"/> | Pensión por vejez afiliados con 55 años de edad o más y fondo que le permite obtener una pensión que supere en un 50% o más a la pensión mínima |
| <input type="checkbox"/> | Pensión por cesantía por edad avanzada  |

**Información del afiliado**

Nombres y apellidos \_\_\_\_\_ Núm. documento de identidad \_\_\_\_\_ NSS \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Nacionalidad \_\_\_\_\_

Cantidad de meses cotizados \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Dirección de residencia \_\_\_\_\_

Municipio \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

**Datos para cálculo Retiro Programado**

|                           | Cuotas | Pesos |   |
|---------------------------|--------|-------|---|
| Cotizaciones obligatorias | _____  | _____ | Edad en meses: _____<br>Expectativa de vida: _____<br>Pensión mínima vigente: _____ |
| Cotizaciones voluntarias  | _____  | _____ |   |
| Bono de reconocimiento    | _____  | _____ |   |
| Otros aportes             | _____  | _____ |   |
| Rentabilidad              | _____  | _____ |   |
| <b>Saldo total CCI</b>    | _____  | _____ |   |

**Detalle estimación Retiro Programado**

| Periodo | Edad   | Monto Pensión |
|---------|--------|---------------|
| 1       | Edad 1 | Pensión 1     |
| 2       | Edad 2 | Pensión 2     |
| 3       | Edad 3 | Pensión 3     |
| 4       | Edad 4 | Pensión 4     |
| 5       | Edad 5 | Pensión 5     |

**Identificación del representante de la AFP**

Nombres y apellidos \_\_\_\_\_

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

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

Logo y nombre  
de la entidad

ANEXO N° 2

## RECEPCIÓN DE DOCUMENTACIÓN

### No. Solicitud

|                |   |   |   |                 |   |   |   |   |   |   |
|----------------|---|---|---|-----------------|---|---|---|---|---|---|
| A              | A | A | A | 0               | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Código Entidad |   |   |   | No. Correlativo |   |   |   |   |   |   |

### Fecha Suscripción

| Día | Mes | Año |  |
|-----|-----|-----|--|
|     |     |     |  |

Con esta fecha, declaro haber recibido de la AFP los documentos siguientes:  
(Según apliquen por el tipo de beneficio)

- 1) Formulario de solicitud de beneficio
- 2) Estado de Cuenta de Capitalización Individual
- 3) Instructivo para optar por una de las modalidades de pensión
- 4) Relación actualizada de las Compañías de Seguros
- 5) Documento que indique el monto de pensión por cesantía por edad avanzada y la incompatibilidad de la pensión con el trabajo remunerado

---

FIRMA DEL AFILIADO

---

FIRMA REPRESENTANTE AFP Y SELLO

## SELECCIÓN DE LA MODALIDAD DE PENSIÓN

**No. Solicitud**

|                |   |   |   |                 |   |   |   |   |   |   |
|----------------|---|---|---|-----------------|---|---|---|---|---|---|
| A              | A | A | A | 0               | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Código Entidad |   |   |   | No. Correlativo |   |   |   |   |   |   |

**Fecha suscripción**

| Día |  | Mes |  | Año |  |
|-----|--|-----|--|-----|--|
|     |  |     |  |     |  |

**Tipo de pensión solicitada**

Pensión por vejez afiliados con 60 años de edad o más y con un mínimo de 360 meses cotizados  
 Pensión por vejez afiliados con 55 años de edad o más y fondo que le permite obtener una pensión que supere en un 50% o más a la pensión mínima  
 Pensión por cesantía por edad avanzada

**Información del afiliado**

Nombres y apellidos \_\_\_\_\_ Núm. documento de identidad \_\_\_\_\_ NSS \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

**Selección modalidad pensión**

Retiro Programado       Renta Vitalicia       Pensión Mínima del Régimen Contributivo  
 Pago único (aplica sólo para cesantía por edad avanzada)

**Montos a otorgamiento**

Monto de pensión \_\_\_\_\_ Saldo CCI \_\_\_\_\_

**Selección de la forma de pago**

Cheque  
 Transferencia bancaria  
 Otro medio de pago autorizado por la SIPEN

**Para ser completado en caso de haber seleccionado transferencia bancaria**

Núm. de cuenta \_\_\_\_\_  
 Banco domiciliado en República Dominicana \_\_\_\_\_

En caso de que la transferencia bancaria de los recursos no pueda ser realizada, por causas ajenas a la AFP, autorizo a esta última a realizar el pago mediante cheque.

Declaro que al momento de recibir la pensión mediante cheque, transferencia bancaria u otro medio de pago autorizado otorgo formal recibo de descargo a favor de la AFP XXXX por el monto recibido y el derecho previsional que me asiste.

**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**

Nombres y apellidos \_\_\_\_\_

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

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

Logo y nombre de la entidad

### SOLICITUD DE ACCESO AL FONDO DE SOLIDARIDAD SOCIAL

**No. Solicitud**

|                |   |   |   |                 |   |   |   |   |   |   |
|----------------|---|---|---|-----------------|---|---|---|---|---|---|
| A              | A | A | A | 0               | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Código Entidad |   |   |   | No. Correlativo |   |   |   |   |   |   |

**Fecha suscripción**

| Día | Mes | Año |
|-----|-----|-----|
|     |     |     |

**Tipo de pensión solicitada**

Pensión mínima del régimen contributivo con cargo al Fondo de Solidaridad Social

**AFP que otorgaba la pensión por retiro programado o pensión mínima RC**

\_\_\_\_\_

**Información del afiliado**

Nombres y apellidos \_\_\_\_\_ Núm. documento de identidad \_\_\_\_\_ NSS \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Nacionalidad \_\_\_\_\_

Cantidad de meses cotizados \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Dirección de residencia \_\_\_\_\_

Municipio \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

**Identificación del representante de la AFP**

Nombres y apellidos \_\_\_\_\_

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

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

| LOGO<br>AFP   |  | FORMULARIO DEVOLUCION SOLICITUD<br>FORM-DEV-09 |              |                 |                 |  |                  |                   |        |     |
|---|--|--|--------------|-----------------|-----------------|--|------------------|-------------------|--------|-----|
|   |  | No. Solicitud                                  | Código       | No. Correlativo | Fecha Solicitud |  |                  | Fecha Devolución  |        |     |
|   |  |  |              |                 | Día             | Mes                                    | Año              | Día               | Mes    | Año |
| 1. INFORMACION GENERAL DE LA SOLICITUD                  |  |  |              |                 |                 |  |                  |                   |        |     |
| Evaluación  |  | Reevaluación                                   |              | AFP             |                 |  |                  | No. de Expediente |        |     |
| 2. DATOS PERSONALES DEL AFILIADO                        |  |  |              |                 |                 |  |                  |                   |        |     |
| Apellidos   |  |  | Nombres      |                 |                 | Alias                                  |                  | NSS               |        |     |
| Número de Documento de Identidad                        |  |  | Estado Civil |                 |                 | Género                                 |                  | Nacionalidad      |        |     |
| Fecha Nacimiento  |  |  | Edad         |                 | Teléfono Casa   |  | Teléfono Celular |                   | e-mail |     |
|   |  |  | años         |                 |                 |  |                  |                   |        |     |
| Dirección de Domicilio                                  |  |  |              |                 |                 | Edificio                               |                  | Piso              | No.    |     |
|   |  |  |              |                 |                 |  |                  |                   |        |     |
| Séctor  |  | Sección  |              | Municipio       |                 | Ciudad                                 |                  | Provincia         |        |     |
|   |  |  |              |                 |                 |  |                  |                   |        |     |
| 3. DOCUMENTOS REQUERIDOS FALTANTES (art. 5)             |  |  |              |                 |                 |  |                  |                   |        |     |
| Copia de documento de identidad vigente                 |  |  |              |                 |                 | Documentación médica original          |                  |                   |        |     |
| Cierre de caso y/o certificados médicos                 |  |  |              |                 |                 | Historial clínico                      |                  |                   |        |     |
| Copia Poder Notarial o Acto de Interdicción (Si aplica) |  |  |              |                 |                 | Documento probatorio del empleador     |                  |                   |        |     |
| Otros:  |  |  |              |                 |                 |  |                  |                   |        |     |
|   |  |  |              |                 |                 |  |                  |                   |        |     |
|   |  |  |              |                 |                 |  |                  |                   |        |     |
|   |  |  |              |                 |                 |  |                  |                   |        |     |
| Nombre Representante AFP                                |  |  |              |                 |                 | Firma del representante de AFP y Sello |                  |                   |        |     |
|   |  |  |              |                 |                 |  |                  |                   |        |     |
| Firma del afiliado                                      |  |  |              |                 |                 |  |                  |                   |        |     |
|   |  |  |              |                 |                 |  |                  |                   |        |     |

| LOGO<br><br>AFP                                | SOLICITUD DE EVALUACION Y CALIFICACION DE DISCAPACIDAD PERMANENTE<br>FORM-SECDP-01 |              |                 |                  |                                   |                   |                         |                                   |                |              |  |
|--|--|--------------|-----------------|------------------|-----------------------------------|-------------------|-------------------------|-----------------------------------|----------------|--------------|--|
|  | No. Solicitud  | Código       | No. Correlativo |                  |                                   |                   |                         | Día                               | Mes            | Año          |  |
|  |  |              |                 |                  |                                   |                   |                         |                                   |                |              |  |
| 1. INFORMACION GENERAL DE LA EVALUACION        |  |              |                 |                  | Este Código será llenado por CMR: |                   |                         |                                   |                |              |  |
| Evaluación                                     | No. de Expediente  |              |                 |                  | CMR[    ] [    ] [    ] [    ]    |                   |                         |                                   |                |              |  |
| Reevaluación                                   |  |              |                 |                  |                                   |                   |                         |                                   |                |              |  |
| 2. DATOS PERSONALES DEL AFILIADO               |  |              |                 |                  |                                   |                   |                         |                                   |                |              |  |
| Apellidos                                      |  |              | Nombres         |                  |                                   | Alias             |                         | NSS                               |                |              |  |
|  |  |              |                 |                  |                                   |                   |                         |                                   |                |              |  |
| Número de documento de identidad               |  |              | Estado Civil    |                  |                                   | Género M<br>F     | 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               |                                   |                |              |  |
|  |  |              |                 |                  |                                   |                   |                         |                                   |                |              |  |
| 3. ANTECEDENTES LABORALES                      |  |              |                 |                  |                                   |                   |                         |                                   |                |              |  |
| Ocupación                                      |  |              |                 |                  | Teléfono                          |                   |                         | email                             |                |              |  |
|  |  |              |                 |                  |                                   |                   |                         |                                   |                |              |  |
| Nombre / Razon Social                          |  |              |                 |                  |                                   |                   | Actividad de la Empresa |                                   |                |              |  |
|  |  |              |                 |                  |                                   |                   |                         |                                   |                |              |  |
| Dirección de la empresa                        |  |              |                 |                  |                                   | Edificio          |                         | Piso                              | No.            |              |  |
|  |  |              |                 |                  |                                   |                   |                         |                                   |                |              |  |
| Séctor   |  | Sección      | Municipio       |                  | Ciudad                            |                   | Provincia               |                                   |                |              |  |
|  |  |              |                 |                  |                                   |                   |                         |                                   |                |              |  |
| 4. DATOS DEL SINIESTRO                         |  |              |                 |                  |                                   |                   |                         |                                   |                |              |  |
| 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                     |                                   |                |              |  |
|  |  |              |                 |                  |                                   |                   |                         |                                   |                |              |  |

**5. RELACION DE DOCUMENTOS**

|  |  |   |  |               |  |
|--|--|---|--|---------------|--|
| <i>Copia de documento de identidad vigente</i>                 |  | <i>Documentación Médica Original</i>      |  | <i>Otros:</i> |  |
|  |  | <i>Historial clínico</i>                  |  |               |  |
| <i>Cierre de caso y/o certificados médicos</i>                 |  | <i>Documento probatorio del empleador</i> |  |               |  |
| <i>Copia Poder Notarial o Acto de Interdicción (Si aplica)</i> |  |   |  |               |  |

**b) Otros expedientes:**

|    | <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 |                          |                                |                           |                          |                               |                 |  |

**6. DATOS DEL SOLICITANTE (llenar solo si solicitante es distinto al afiliado)**

|                               |                      |                         |                         |                                 |                            |            |
|-------------------------------|----------------------|-------------------------|-------------------------|---------------------------------|----------------------------|------------|
| <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</i> |  |  | <i>Firma del representante de AFP y Sello</i> |  |  |
|                                  |  |  |   |  |  |
| <i>Firma del afiliado</i>        |  |  |   |  |  |
|                                  |  |  |   |  |  |

| APELACION DE DICTAMEN DE DISCAPACIDAD PERMANENTE<br>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 \_\_\_\_ emitida por la Comisión Médica Regional.

| 1. DATOS DEL AFILIADO          |      |              |               |                  |          |               |               |                |              |
|--------------------------------|------|--------------|---------------|------------------|----------|---------------|---------------|----------------|--------------|
| Apellidos                      |      |              | Nombres       |                  |          | Alias         |               | NSS            |              |
| Núm. de documento de identidad |      |              | Estado Civil  |                  |          | Género<br>M F |               | Escolaridad    |              |
|                                |      |              |               |                  |          |               |               | Primer nivel   | Cuarto Nivel |
| Fecha Nacimiento               |      | Nacionalidad | Teléfono Casa | Teléfono Celular | email    |               | Segundo Nivel | No escolaridad |              |
| 0                              | 0    | 0            |               |                  |          |               |               | Entrenamiento  | Hrs          |
| Edad                           | años |              |               |                  |          |               | Tercer Nivel  | Técnico        |              |
| Dirección de Domicilio         |      |              |               |                  | Edificio |               | Piso          | No.            |              |
|                                |      |              |               |                  |          |               |               |                |              |
| Séctor                         |      | Sección      |               | Municipio        |          | Ciudad        |               | Provincia      |              |
|                                |      |              |               |                  |          |               |               |                |              |

| 2. DATOS DEL SOLICITANTE                      |     |     |   |          |  |      |                                   |     |          |
|---|-----|-----|---|----------|--|------|-----------------------------------|-----|----------|
| a) Si fuera familiar o apoderado              |     |     |   |          |  |      |                                   |     |          |
| Apellidos                                     |     |     | Nombres                                 |          |  |      | Relación con el afiliado          |     |          |
|   |     |     |   |          |  |      |                                   |     |          |
| Núm. de documento de identidad                |     |     | Estado Civil                            |          |  | Sexo | Nacionalidad                      |     | Edad     |
|   |     |     |   |          |  |      |                                   |     |          |
| Dirección de Domicilio                        |     |     |   | Edificio |  |      | Piso                              | No. | Teléfono |
|   |     |     |   |          |  |      |                                   |     |          |
| Municipio                                     |     |     |   | Ciudad   |  |      |                                   |     |          |
|   |     |     |   |          |  |      |                                   |     |          |
| a) Si fuera la Compañía de Seguros            |     |     |   |          |  |      |                                   |     |          |
| Nombre/Razón Social de la Compañía de Seguros |     |     |   |          |  |      |                                   |     |          |
|   |     |     |   |          |  |      |                                   |     |          |
| Apellidos del representante de la Entidad     |     |     | Nombres del representante de la Entidad |          |  |      | Número del documento de identidad |     |          |
|   |     |     |   |          |  |      |                                   |     |          |
| Cargo del representante de la Entidad         |     |     |   |          |  |      |                                   |     |          |
|   |     |     |   |          |  |      |                                   |     |          |
| Dirección de Domicilio                        |     |     |   | Edificio |  |      | Piso                              | No. | Teléfono |
|   |     |     |   |          |  |      |                                   |     |          |
| Municipio                                     |     |     |   | Ciudad   |  |      |                                   |     |          |
|   |     |     |   |          |  |      |                                   |     |          |
| Fecha   |     |     | Nombre y firma del solicitante          |          |  |      |                                   |     |          |
| DIA   | MES | AÑO |   |          |  |      |                                   |     |          |
|   |     |     |   |          |  |      |                                   |     |          |
| Lugar:  |     |     |   |          |  |      |                                   |     |          |

Logo y nombre de la entidad

### SOLICITUD DE PENSIÓN DE SOBREVIVENCIA DECLARACIÓN DE BENEFICIARIOS

**No. Solicitud**

|                |   |   |   |                 |   |   |   |   |   |   |
|----------------|---|---|---|-----------------|---|---|---|---|---|---|
| A              | A | A | A | 0               | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Código Entidad |   |   |   | No. Correlativo |   |   |   |   |   |   |

**Fecha Suscripción**

| Día |  | Mes |  | Año |  |
|-----|--|-----|--|-----|--|
|     |  |     |  |     |  |

**Información del afiliado**

Nombres y apellidos \_\_\_\_\_ Núm. documento de identidad \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha de fallecimiento \_\_\_\_\_ Edad a fallecimiento \_\_\_\_\_  
Sexo \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_ NSS \_\_\_\_\_  
Municipio \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

**Beneficiario 1**

Nombres y apellidos \_\_\_\_\_ Núm. documento de identidad \_\_\_\_\_  
Parentesco con afiliado \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_  
Edad a fallecimiento \_\_\_\_\_ Edad actual \_\_\_\_\_  
Acta de matrimonio  Declaración jurada  Hijo en gestación  Hijo con discapacidad   
Teléfono \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_  
Dirección de residencia \_\_\_\_\_  
Municipio \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
Nombres y apellidos tutor legal (si aplica): \_\_\_\_\_ Núm. doc. identidad \_\_\_\_\_  
Tels. de contacto: \_\_\_\_\_

**Beneficiario 2**

Nombres y apellidos \_\_\_\_\_ Núm. documento de identidad \_\_\_\_\_  
Parentesco con afiliado \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_  
Edad a fallecimiento \_\_\_\_\_ Edad actual \_\_\_\_\_  
Acta de matrimonio  Declaración jurada  Hijo con discapacidad   
Teléfono \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_  
Dirección de residencia \_\_\_\_\_  
Municipio \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
Nombres y apellidos tutor legal (si aplica): \_\_\_\_\_ Núm. doc. identidad \_\_\_\_\_  
Tels. de contacto: \_\_\_\_\_

**Beneficiario N**

Nombres y apellidos \_\_\_\_\_ Núm. documento de identidad \_\_\_\_\_  
Parentesco con afiliado \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_  
Edad a fallecimiento \_\_\_\_\_ Edad actual \_\_\_\_\_  
Acta de matrimonio  Declaración jurada  Hijo con discapacidad   
Teléfono \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_  
Dirección de residencia \_\_\_\_\_  
Municipio \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
Nombres y apellidos tutor legal (si aplica): \_\_\_\_\_ Núm. doc. identidad \_\_\_\_\_  
Tels. de contacto: \_\_\_\_\_

**Identificación del representante de la AFP**

Nombres y apellidos \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
FIRMA REPRESENTANTE ADMINISTRADORA Y SELLO