



SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES

Año de la Superación del Analfabetismo

RESOLUCIÓN No. 363-14 QUE ESTABLECE LOS REQUISITOS Y DOCUMENTOS A SER REQUERIDOS POR LAS AFP PARA LA DEVOLUCIÓN DE SALDO CCI POR ENFERMEDAD TERMINAL.

CONSIDERANDO I: Que la Constitución de la República del 26 de enero de 2010 dispuso, en su Artículo 60, que el Estado es el garante del desarrollo progresivo de la Seguridad Social.

CONSIDERANDO II: Que la Ley 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), en lo adelante la Ley, en su Artículo 22, establece que el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) tiene a su cargo la dirección y conducción del SDSS y como tal es responsable de establecer las políticas, regular el funcionamiento del sistema y de sus instituciones, garantizar la extensión de cobertura, defender a los beneficiarios, así como de velar por el desarrollo institucional, la integridad de sus programas y el equilibrio financiero del SDSS.

CONSIDERANDO III: Que la parte in fine del artículo 59 de la Ley estipula que el fondo de pensiones de los trabajadores y sus utilidades son inembargables, no serán objeto de retención y sólo podrán ser retirados cuando el afiliado cumpla con los requisitos para su retiro, bajo las modalidades establecidas por la citada ley y sus normas complementarias.

CONSIDERANDO IV: Que la Ley en su artículo 95 establece que los fondos de pensiones pertenecen exclusivamente a los afiliados y se constituirán con las aportaciones obligatorias, voluntarias y extraordinarias, así como con sus utilidades.

CONSIDERANDO V: Que es necesario regular las diferentes situaciones para la devolución de aportes de los afiliados que no tienen garantías de pensiones que reemplacen su pérdida de ingresos económicos y es función del CNSS establecer políticas de Seguridad Social orientadas a la protección integral y bienestar general de la población, en especial a elevar los niveles de equidad, solidaridad y participación (...), de acuerdo a lo establecido en el artículo 22 literal a) de la Ley 87-01.

CONSIDERANDO VI: Que por medio de la Dirección de Información y Defensa de los Afiliados a la Seguridad Social (DIDA), los afiliados cotizantes que padecen enfermedades terminales o gran discapacidad, cuyo nivel de menoscabo les impide realizar actividades laborales remuneradas con las cuales pudieran volver a cotizar al Seguro de Vejez, Discapacidad y Sobrevivencia del Régimen Contributivo, solicitan la devolución de sus aportes en un único pago, por lo que el Consejo Nacional de Seguridad Social mediante su Resolución No. 350-02 del 28 de agosto de 2014 estableció un régimen de excepción para que los afiliados que cumplan con condiciones específicas, puedan realizar el retiro de sus fondos en un solo pago de manera oportuna, para que puedan asumir los costos de dicha contingencia y otros gastos que les



SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES

Año de la Superación del Analfabetismo

permitan aliviar su condición médica, mejorando su calidad de vida en el tiempo restante, ya que además no tienen ningún otro beneficio por parte del Sistema Dominicano de Seguridad Social.

CONSIDERANDO VII: Que la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la enfermedad en fase terminal como aquella que no tiene tratamiento específico curativo o con capacidad para retrasar la evolución, y que por ello conlleva a la muerte en un tiempo variable, generalmente inferior a seis meses; es progresiva, provoca síntomas intensos, multifactoriales, cambiantes y un gran sufrimiento (físico, psicológico) en la familia y el paciente; por lo tanto la documentación médica depositada por los afiliados afectados de esta condición deberá incluir el informe médico que establece el pronóstico de vida del afiliado.

CONSIDERANDO VIII: Que corresponde a la Comisión Técnica sobre Discapacidad certificar el grado de discapacidad determinado por las Comisiones Médicas Regionales de acuerdo al Manual para Normas de Evaluación y Calificación del Grado de Discapacidad, aprobado por el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS), mediante Resolución No. 162-03 en fecha 26 de julio del año 2007.

CONSIDERANDO IX: Que corresponde a la Superintendencia de Pensiones, en lo adelante la Superintendencia, de conformidad con las disposiciones de la Ley 87-01 y sus normas complementarias, establecer el procedimiento requerido para hacer efectivo el cumplimiento de la referida Resolución del CNSS No. 350-02.

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

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

VISTA: La Resolución No. 350-02 que establece un Régimen de Excepción para el Pago de Beneficios a los Afiliados con Ingreso Tardío a una AFP del Régimen Contributivo del Sistema de Pensiones, emitida por el Consejo Nacional de Seguridad Social en fecha 28 de Agosto de 2014;

VISTO: El Manual de Procedimiento Administrativo para la Operación de las Comisiones Médicas Nacional y Regionales, aprobado por el Consejo Nacional de Seguridad Social, mediante su Resolución No. 241-03 del 10 de junio del año 2010 y sus modificaciones aprobadas mediante Resolución CNSS No. 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, emitida por la Superintendencia de Pensiones en fecha 17 de agosto del 2010 y sus modificaciones;



SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES

Año de la Superación del Analfabetismo

VISTA: La Resolución 356-13 que establece los Requisitos y Documentos a ser requeridos por las AFP para el Pago de Beneficios a los Afiliados con Ingreso Tardío al Sistema de Pensiones;

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

Artículo 1.- Establecer el procedimiento administrativo para la devolución del saldo de la Cuenta de Capitalización Individual (CCI) a los afiliados del Régimen Contributivo del Sistema Dominicano de Pensiones que se encuentren en etapa final de su vida por una Enfermedad Terminal.

Párrafo. Enfermedad Terminal es aquella que no tiene tratamiento específico curativo o capacidad para retrasar la evolución conllevando a la muerte en un tiempo variable, generalmente inferior a seis meses, siendo esta progresiva y provocando síntomas intensos, multifactoriales, cambiantes y un gran sufrimiento (físico, psicológico) en la familia y el paciente.

Artículo 2. Requisitos. Para acceder a la devolución de los recursos acumulados en la CCI en un solo pago, el afiliado deberá cumplir con los siguientes requisitos:

1. Estar afiliado al Sistema de Capitalización Individual del Régimen Contributivo.
2. Haber sido dado de baja en la nómina del empleador.
3. Contar con un dictamen de la CMR que corresponda a su lugar de residencia o bien de la CMN cuando corresponda en caso de apelación por parte del afiliado, que establezca que el afiliado sufre una enfermedad terminal independientemente del origen. Este dictamen deberá ser certificado por la Comisión Técnica sobre Discapacidad.
4. No tener derecho a ningún otro beneficio dentro del seguro de vejez, discapacidad y sobrevivencia del Régimen Contributivo.

Párrafo. Quedan exentos de la aplicación del numeral 4 del presente Artículo los afiliados al Sistema Dominicano de Seguridad Social que se encuentren disfrutando de una pensión por sobrevivencia a causa del fallecimiento de su cónyuge o compañero de vida.

Artículo 3. Solicitud Devolución de Aportes. Para acceder a la devolución del saldo acumulado en la CCI por enfermedad terminal, el afiliado o su representante legal, con poder notarial debidamente legalizado y/o Acto de Interdicción (según sea el caso), deberá suscribir en la AFP correspondiente, el formulario *“Solicitud de Evaluación y Calificación de Enfermedad*



SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES

Año de la Superación del Analfabetismo

Terminal para Devolución de Saldo FORM-ECDDS-01” que figura en el Anexo No. 1 de la presente Resolución, incluyendo la documentación siguiente:

- i. Acta de Nacimiento o extracto del Acta de Nacimiento legalizada.
- ii. Copia de la Cédula de Identidad.
- iii. Documentación médica original relacionada con la condición de salud que genera la solicitud de evaluación y calificación de Enfermedad Terminal.

Párrafo I. En el caso de que la documentación relativa a la representación legal de los afiliados que no asisten personalmente a solicitar la evaluación y calificación de enfermedad terminal para devolución esté afectada de alguna irregularidad, no cumpla con las exigencias legales vigentes o no pueda ser verificada su validez con el afiliado por los canales de comunicación establecidos, la AFP tendrá la facultad de rechazar dicha documentación, previa realización de las investigaciones o validaciones que entienda de lugar. Si la AFP comprueba la existencia de irregularidad, inconsistencia, falsedad o fraude de parte de terceros en perjuicio de los afiliados o de la propia AFP, cancelará la solicitud de pago de beneficios por enfermedad terminal y notificará al Representante Legal 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.

Párrafo II. La AFP deberá solicitar a la Tesorería de la Seguridad Social (TSS), en un plazo máximo de dos (2) días hábiles contados a partir de la presentación de la documentación completa, una certificación en la que se indique que el afiliado ha sido dado de baja en la nómina registrada en la TSS. En caso de que el afiliado se encuentre activo en nómina debe certificarse este estatus y se incluirán los datos correspondientes al empleador que mantiene al afiliado activo, a fin de que dicho afiliado proceda a contactar al empleador y se proceda a darle de baja en la nómina.

Párrafo III. En caso de que el afiliado no cumpla con alguno de los requisitos necesarios y/o no deposite toda la documentación establecida, la AFP deberá informarle al afiliado o a su representante legal la cancelación de la solicitud de manera escrita con acuse de recibo y deberá devolver al afiliado o a su representante legal, mediante el “**Formulario Devolución de Solicitud FORM-DEVS-02**”, que figura en el Anexo No. 2, explicando por escrito el motivo de la cancelación y la información que falta para que la complete.

Párrafo IV. El formulario “**Solicitud de Evaluación y Calificación de Enfermedad Terminal para Devolución de Saldo FORM-ECDDS-01**” se identificará mediante un código alfanumérico de cuatro (4) letras y siete (7) dígitos. Las cuatro letras identificarán a la AFP que realiza la solicitud de evaluación y calificación de la enfermedad terminal y corresponden a las primeras cuatro letras del nombre comercial de la misma, mientras que los siete dígitos identificarán el número del formulario.



SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES

Año de la Superación del Analfabetismo

Párrafo V. El formulario “*Solicitud de Evaluación y Calificación de Enfermedad Terminal para Devolución de Saldo FORM-ECDDS-01*” deberá ser impreso por la AFP en tres (3) ejemplares. Un ejemplar deberá ser incluido en el expediente individual del afiliado en la AFP; el segundo ejemplar se enviará a la CMR correspondiente en caso de que aplique y el tercer ejemplar quedará en poder del solicitante, especificando los documentos médicos presentados. Todos los ejemplares deberán llevar la fecha de recepción por la AFP debidamente respaldada con el sello y la firma del representante de la AFP y la firma del solicitante de la evaluación y calificación.

Artículo 4. Solicitud de Evaluación y Calificación de Enfermedad Terminal a la Comisión Médica Regional. La AFP remitirá a la CMR 0 – Santo Domingo, en un plazo no mayor de tres (3) días hábiles contados a partir de la fecha en que la AFP recibe la certificación de la TSS, el expediente completo del afiliado en sobre sellado, conteniendo el original del formulario FORM-ECDDS-01, fotocopia del documento de identificación, los originales de los documentos médicos listados y especificados en el FORM-ECDDS-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.

Si el expediente enviado por la AFP no está completo, la CMR 0 no asignará número de caso hasta que esté completo e informará a la AFP, por escrito o vía electrónica, los documentos que faltan en un plazo de dos (2) días hábiles contados a partir de la recepción del expediente. La AFP solicitará al afiliado, dentro de dos (2) días hábiles contados a partir de la recepción de la notificación de los documentos faltantes, completar el expediente, en un período no mayor a los diez (10) días hábiles contados a partir de la notificación al afiliado. Si el expediente no ha sido completado en el plazo establecido, la AFP notificará a la CMR 0 y esta última devolverá el expediente a la AFP, en un plazo de dos (2) días hábiles contados a partir de la notificación de la AFP a la CMR 0. La AFP deberá proceder a cancelar la solicitud e informar al afiliado y/o representante legal la cancelación de la misma de manera escrita con acuse de recibo.

En caso de que el expediente no corresponda al afiliado, la CMR 0 lo devolverá a la AFP a través de su mensajero, en un plazo no mayor a cinco (5) días hábiles contados a partir de la recepción del expediente desde la AFP.

La CMR 0 determinará la CMR que evaluará el expediente y asignará el número del caso dándole a conocer a la AFP, y remitirá el expediente a la CMR que lo evaluará en un plazo no mayor de dos (02) días hábiles contados a partir de la recepción del expediente completo.

La AFP tendrá la responsabilidad de hacer llegar al afiliado copia del acuse de recibo con el número de caso asignado, en un plazo de tres (3) días hábiles contados a partir del día en que el expediente es recibido en la CMR 0.



SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES

Año de la Superación del Analfabetismo

Las evaluaciones y calificaciones de enfermedades terminales serán dictaminadas por las Comisiones Médicas competentes en base a los parámetros médicos determinados por el Consejo Nacional de la Seguridad Social, para determinar que una enfermedad se encuentra en fase terminal de acuerdo a la expectativa de vida del afiliado.

Artículo 5. Evaluación de la Comisión Médica Regional. A partir de la recepción del expediente completo en la CMR, esta tendrá un plazo de hasta quince (15) días calendarios para realizar la evaluación y calificación del afiliado y emitir el dictamen determinando si la enfermedad que padece es terminal o no.

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 treinta (30) días calendarios.

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

En caso de que un afiliado no comparezca a la primera cita concertada vía telefónica, se procederá a citar nueva vez por escrito, la cual deberá ser visada por quien la recibe. En caso de que un afiliado no comparezca al segundo requerimiento, la CMR procederá a devolver el expediente a la AFP para fines de que notifique al afiliado el cierre del caso por no concurrencia. La AFP procederá a cancelar la solicitud.

El afiliado podrá reintroducir su solicitud nueva vez, siguiendo el mismo procedimiento. El CNSS cubrirá el costo de los expedientes evaluados y calificados por las Comisiones Médicas Regionales.

Artículo 6. 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 no mayor a tres (3) días hábiles después de emitido el dictamen de la enfermedad terminal enviará a la Secretaría de la CTD y a la AFP, un ejemplar electrónico en formato PDF de los Formularios que establezca el CNSS a los fines de evaluar y calificar las enfermedades terminales, así como la documentación médica que avala la evaluación del afiliado.

La AFP deberá remitir al afiliado una copia de los Formularios establecidos en el párrafo anterior en un plazo no mayor a tres (3) días hábiles contados a partir de la recepción de los mismos. Si no se presentase apelación en el período estipulado, la AFP remitirá a la Superintendencia de



SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES

Año de la Superación del Analfabetismo

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.

Artículo 7. Procedimiento de apelación ante la Comisión Médica Nacional. Los afiliados podrán apelar ante la CMN los resultados del dictamen de evaluación y calificación de enfermedad terminal 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 al afiliado mediante comunicación escrita por parte de la CMN de la inadmisibilidad por prescripción de dicha apelación.

El afiliado o representante legal entregará a la CMN o a la AFP su solicitud de apelación al dictamen, utilizando el Formulario de Apelación (FORM-APE-07), que figura en el Anexo No. 3, para su revisión. La AFP deberá remitir la documentación correspondiente a la apelación a la CMN en un plazo no mayor a cinco (5) días hábiles desde su recepción.

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

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

La CMN notificará a la CTD la solicitud de apelación existente en un plazo no mayor a tres (3) días hábiles contados a partir de la recepción de la apelación interpuesta por el afiliado, a fin de que detenga el proceso de certificación. La CMN, en un plazo de diez (10) días hábiles revisará el dictamen recibido y emitirá un nuevo dictamen. Para la toma de decisión, la CMN, en caso de ser necesario, además de evaluar el expediente, puede citar al afiliado para revisar la evaluación.

La CMN en un plazo de tres (3) días hábiles a partir de la emisión del nuevo dictamen enviará en formato PDF los Formularios que establezca el CNSS a los fines de evaluar y calificar las enfermedades terminales y la documentación médica que avala la evaluación a la CTD y a la AFP. La AFP deberá notificar y remitir el estatus del dictamen apelado al afiliado, en un plazo de cinco (5) días hábiles, contados a partir de la recepción del mismo.

Los costos de honorarios profesionales de la CMN serán cubiertos por el Consejo Nacional de Seguridad Social.



SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES

Año de la Superación del Analfabetismo

La Superintendencia de Pensiones, una vez reciba los expedientes, incluirá en la agenda de la sesión ordinaria siguiente de la CTD aquellos que se encuentren en condiciones de conocerse con la finalidad de emitir la certificación de la Enfermedad Terminal para acceder a la devolución del saldo de las CCI de conformidad con las disposiciones del Consejo Nacional de Seguridad Social.

Artículo 8. Remisión de las Certificaciones de Enfermedad Terminal a las AFP. La CTD remitirá la certificación de enfermedad terminal a la AFP correspondiente, en un plazo no mayor de tres (3) días hábiles luego de haber sido conocido por dicha Comisión. La AFP deberá remitir la certificación al afiliado en un plazo no mayor de tres (3) días hábiles, después de haber recibido la misma, indicando que para fines de recibir el saldo acumulado en la CCI debe presentarse en la AFP a completar el “*Documento de Elección de Pago*”, el cual contendrá como mínimo lo señalado en el Anexo No. 4 de la presente Resolución.

Artículo 9. Devolución Saldo CCI. La AFP realizará en un sólo pago al afiliado la totalidad de los recursos acumulados en su CCI a más tardar dos (2) días hábiles después de la recepción del “*Documento de Elección de Pago*” y procederá a asignar el estatus de Inactiva a la referida cuenta.

En caso de que el afiliado no presente dicho documento en un plazo de treinta (30) días calendario contados a partir de la entrega del mismo por parte de la AFP, la solicitud será cancelada.

Artículo 10. Documentación a ser remitida a la Superintendencia de Pensiones. Las AFP deberán remitir a la Superintendencia de Pensiones los expedientes correspondientes a las solicitudes de devolución de saldo a los afiliados con enfermedades terminales 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 aprobada, declinada o cancelada la solicitud.

Artículo 11. Entrada en vigencia. La presente Resolución entrará en vigencia a partir del día Primero (1ro.) de Diciembre del año Dos Mil Catorce (2014), la misma deberá ser publicada en al menos un diario de circulación nacional y notificada a las partes interesadas para los fines de lugar.

Dada en la ciudad de Santo Domingo, Distrito Nacional, Capital de la República Dominicana, a los Veintisiete (27) días del mes de Octubre del año 2014.

Ramón Emilio Contreras
Superintendente de Pensiones



SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES

Año de la Superación del Analfabetismo

ANEXO N° 1

LOGO		SOLICITUD DE EVALUACION Y CALIFICACION DE ENFERMEDAD TERMINAL PARA DEVOLUCION DE SALDO									
AFP		FORM-ECDDS-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 MF	Escolaridad				
							Primer nivel		Cuarto Nivel		
Fecha Nacimiento		Nacionalidad	Teléfono Casa	Teléfono Celular	email		Segundo Nivel	No escolaridad			
								Entrenamiento	Hrs.		
Edad	años						Tercer Nivel	Técnico			
Dirección de Domicilio						Edificio		Piso	No.		
Séctor		Sección		Municipio		Ciudad		Provincia			
2. ANTECEDENTES LABORALES											
Ocupación						Teléfono			email		
Nombre / Razon Social						Actividad de la Empresa					
Dirección de la empresa						Edificio		Piso	No.		
Séctor		Sección		Municipio		Ciudad		Provincia			
3. 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					



SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES

Año de la Superación del Analfabetismo

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



SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES

Año de la Superación del Analfabetismo



SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES

Año de la Superación del Analfabetismo

ANEXO N° 2

LOGO AFP	FORMULARIO DEVOLUCION SOLICITUD FORM-DEVS-02								
	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 MF	Nacionalidad		
Fecha Nacimiento			Edad	Teléfono Casa		Teléfono Celular		e-mail	
			años						
Dirección de Domicilio					Edificio		Piso	No.	
Séctor			Sección		Municipio		Ciudad		Provincia
2. DOCUMENTOS REQUERIDOS FALTANTES (art. 5)									
Extracto Acta de nacimiento			Antecedentes médicos						
Cédula de identidad			Historial Clínico						
Certificado médico			Informe Médico con pronóstico de vida						
Declaración jurada									
Otros:									
Nombre Representante AFP					Firma del representante de AFP y Sello				
Firma del afiliado					Firma del representante de AFP y Sello				
• Av. México No. 30. Gazcue • Santo Domingo, D.N. República Dominicana • Tel: 809-688-0018					E-mail: info@sipen.gov.do • www.sipen.gov.do				



SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES

Año de la Superación del Analfabetismo

ANEXO N° 3

FORMULARIO DE APELACION 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° 0 de fecha de del año , mediante la presente solicito a la Comisión Médica Nacional, la revisión del mismo en instancia de apelación, por no estar de acuerdo con la calificación emitida por la Comisión Médica Regional.

I. DATOS DEL AFILIADO									
Apellidos		Nombres			Alias		NSS		
Número de Documento de Identidad			Estado Civil			Género MF		Escolaridad	
								Primer nivel	Cuarto Nivel
Fecha Nacimiento	Nacionalidad	Teléfono Casa	Teléfono Celular	email		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			

II. DATOS DEL SOLICITANTE									
a) Si fuera familiar o apoderado									
Apellidos			Nombres				Relación con el afiliado		
Numero de Documento de identidad			Estado Civil			Sexo	Nacionalidad		Edad
Dirección de Domicilio				Edificio		Piso	No.	Teléfono	
Municipio				Ciudad					

Fecha			Nombre y firma del solicitante						
DIA	MES	AÑO							
			Santo Domingo, D.N., República Dominicana • Tel: 809-688-0018						
			RNC: 4-01-514982 • Correo Electrónico: info@sipen.gov.do • www.sipen.gov.do						
			Fax: 809-688-1500						
Lugar:									



SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES

Año de la Superación del Analfabetismo

ANEXO N° 4

Logo y nombre de la
AFP

DOCUMENTO DE ELECCIÓN DE PAGO

Fecha Suscripción

Día	Mes	Año

No. Solicitud:

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

Información del afiliado

Apellidos _____
Nombres _____
Cédula de Identidad y Electoral _____ Número de Seguridad Social _____

Selección modalidad de pago

Cheque

Transferencia Bancaria

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.

Para ser completado en caso de haber seleccionado transferencia bancaria

No. de Cuenta _____
Banco domiciliado en República Dominicana _____

Identificación del Representante de la AFP

Apellidos _____
Nombres _____

FIRMA DEL AFILIADO

FIRMA REPRESENTANTE AFP Y SELLO