

REQUISITOS PAGO MES FALLECIMIENTO

PAGO MES DE FALLECIMIENTO - HIJOS
➤ Certificado de Defunción (Original).
➤ Certificado de Nacimiento del hijo solicitante actualizado (Original) nombres completos, apellido paterno y materno de los padres.
➤ Fotocopia simple y legible de la Cédula de Identidad del beneficiario(a) de renta, fallecido(a).
➤ Fotocopia simple y legible de la Cédula de Identidad del hijo(a) solicitante.
➤ Última boleta de pago (fotocopia) otorgado por la Banca Corresponsal. En caso de no contar con los documentos mencionados, deberá adjuntar tres boletas anteriores.
➤ Carta dirigida al SENASIR de todos los hijos del Beneficiario, autorizando a uno de ellos para que en representación de todos realice el trámite y por consiguiente el cobro. Deberá adjuntarse fotocopia (s) de la Cédula (s) de Identidad de cada uno de ellos, conforme a formato adjunto.
➤ En caso de ser hijo único o no poder recabar la autorización de otros hermanos deberá presentar Declaración Jurada Voluntaria efectuada ante Notario de Fe Pública, haciendo mención que asume la responsabilidad civil y penal en caso de reclamos posteriores.
➤ En caso de no existir Derechohabiente deberá presentar fotocopia simple del Certificado de Defunción o copia simple de la sentencia de divorcio del (la) Madre y/o Padre (si correspondiese).
PAGO MES FALLECIMIENTO (DERECHOHABIENTES)
➤ Fotocopia del Certificado de Defunción legalizado por el SENASIR.
➤ Fotocopia del Certificado de Matrimonio legalizada por el SENASIR.
➤ Fotocopia simple y legible de la Cédula del (la) Fallecido (a).
➤ Fotocopia simple y legible de la Cédula de Identidad.
➤ Fotocopia simple y legible del último comprobante de pago de renta legalizado por el SENASIR.
REQUISITOS PAGO MES FALLECIMIENTO (PADRES)
➤ Certificado de Defunción (Original).
➤ Certificado de Nacimiento del Fallecido (Original).
➤ Formulario de Declaración Jurada realizada ante SENASIR.
➤ Fotocopia simple y legible de la Cédula de Identidad del beneficiario (a) de renta fallecido (a).
➤ Fotocopia simple y legible de la Cédula de Identidad del padre o la madre solicitante.
➤ Última boleta de pago (fotocopia) otorgado por la Banca Corresponsal. En caso de no contar con los documentos mencionados, deberá adjuntar tres boletas anteriores.
➤ Presentar Declaración Jurada ante Notario de Fe Pública, haciendo mención que asume la responsabilidad civil y penal en caso de reclamos.
➤ En caso de no existir Derechohabiente deberá presentar fotocopia simple del Certificado de Defunción o copia simple de la sentencia de divorcio del (la) Madre y/o Padre (si correspondiese).

Importante: Si el mes de pago solicitado, cuenta con Renta Dignidad (CONSULTAR CON PLATAFORMA INTEGRAL), deberá adjuntar depósito realizado a la cuenta: N° 4011018504 del Banco Mercantil Santa Cruz, a nombre de **GESTORA PÚBLICA DE LA SEGURIDAD A LARGO PLAZO PARA EL FRUV** (original y fotocopia del depósito).

La Paz,.....de.....del 20..

Señores
Servicio Nacional del Sistema de Reparto
SENASIR
Presente. -

REF.: AUTORIZACIÓN DE COBRO DE RENTA

Mediante la presente manifestamos a ustedes nuestra unánime conformidad y autorización de cobro de renta correspondiente al mes de *(Mes)*, a favor de nuestro hermano (a), Sr. (a) *(Nombre completo de la persona designada para el cobro)*, con Cédula de Identidad *(descrito en numeral)* expedido en la ciudad de *(describir si es el padre o la madre)*, *(Nombre completo del (la) rentista fallecido (a))*, con Cédula de Identidad *(descrito en numeral)* expedido en *(describir el lugar de emisión)*, acaecido en *(fecha de fallecimiento)*.

Por lo cual solicitamos, se instruya a las instancias que correspondan, proceder con lo solicitado, estampar las firmas que dan validez a la presente y señalada en líneas anteriores.

Con este particular, saludamos.

NO FIRMAR LA CARTA DE AUTORIZACIÓN EL HIJO QUE REALIZARA EL COBRO DEL BENEFICIO
IMPORTANTE:

- **NOMBRES COMPLETOS DE LOS SOLICITANTES DE ACUERDO A LA CÉDULA DE IDENTIDAD**
- **ADJUNTAR FOTOCOPIAS DE CEDULA DE IDENTIDAD DE LOS HERMANOS QUE AUTORIZAN EL COBRO (NO SE ACEPTARAN CÉDULAS DE IDENTIDAD VENCIDAS).**
- **LA CARTA DE AUTORIZACION TIENE QUE FIRMAR TODOS LOS HERMANOS CON EL NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS Y CÉDULA DE IDENTIDAD (NUMERAL) CON LA EXPEDICIÓN (SIN ERRORES).**

REQUISITOS PAGO DUODÉCIMAS DE AGUINALDO

PAGO DUODÉCIMAS DE AGUINALDO	
➤	Certificado de Defunción (Original).
➤	Certificado de Nacimiento del hijo solicitante, actualizado (Original) nombres completos, apellido paterno y materno de los padres
➤	Fotocopia simple y legible de la Cédula de Identidad del beneficiario (a) de renta fallecido (a).
➤	Fotocopia simple y legible de la Cédula de Identidad del hijo (a) solicitante
➤	Última boleta de pago (fotocopia) otorgado por la Banca Corresponsal. En caso de no contar con los documentos mencionados, deberá adjuntar tres boletas anteriores.
➤	Carta dirigida al SENASIR de todos los hijos del Beneficiario, autorizando a uno de ellos para que en representación de todos realice el trámite y por consiguiente el cobro. Deberá adjuntarse fotocopia (s) de la Cédula (s) de Identidad de cada uno de ellos y número de celular o teléfono de referencia conforme a formato adjunto.
➤	En caso de ser hijo único o no poder recabar la autorización de otros hermanos deberá presentar Declaración Jurada Voluntaria efectuada ante Notario de Fe Pública, haciendo mención que asume la responsabilidad civil y penal en caso de reclamos posteriores.
➤	En caso de no existir Derechohabiente deberá presentar fotocopia simple del Certificado de Defunción o copia simple de la sentencia de divorcio del (la) Madre y/o Padre (si correspondiese).

Nota: La acción para reclamar el pago de aguinaldo de un rentista en curso de pago prescribe el 31 de marzo del año siguiente a la concesión de dicho beneficio, conforme a lo que establece el Art. 60 del Manual de Prestaciones.

La Paz,....de.....del 20..

Señores
Servicio Nacional del Sistema de Reparto
SENASIR
Presente. -

REF.: AUTORIZACIÓN DE COBRO DE RENTA

Mediante la presente manifestamos a ustedes nuestra unánime conformidad y autorización de cobro de renta correspondiente a las duodécimas de aguinaldo (*Año*), a favor de nuestro hermano (a), Sr. (a) (*Nombre completo de la persona designada para el cobro*), con Cédula de Identidad (*descrito en numeral*) expedido en la ciudad de (*describir si es el padre o la madre*), (*Nombre completo del (la) rentista fallecido (a)*), con Cédula de Identidad (*descrito en numeral*) expedido en (*describir el lugar de emisión*), acaecido en (*fecha de fallecimiento*).

Por lo cual solicitamos, se instruya a las instancias que correspondan, proceder con lo solicitado, estampar las firmas que dan validez a la presente y señalada en líneas anteriores.

Con este particular, saludamos.

NO FIRMAR LA CARTA DE AUTORIZACIÓN EL HIJO QUE REALIZARA EL COBRO DEL BENEFICIO IMPORTANTE:

- **NOMBRES COMPLETOS DE LOS SOLICITANTES DE ACUERDO A LA CÉDULA DE IDENTIDAD**
- **ADJUNTAR FOTOCOPIAS DE CEDULA DE IDENTIDAD DE LOS HERMANOS QUE AUTORIZAN EL COBRO (NO SE ACEPTARAN CÉDULAS DE IDENTIDAD VENCIDAS).**
- **LA CARTA DE AUTORIZACION TIENE QUE FIRMAR TODOS LOS HERMANOS CON EL NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS Y CÉDULA DE IDENTIDAD (NUMERAL) CON LA EXPEDICIÓN (SIN ERRORES).**

REQUISITOS PAGO POR HOSPITALIZACIÓN – IMPEDIMENTO

HOSPITALIZACIÓN

☐

IMPEDIMENTO

☐

Datos Beneficiario(a) Hospitalizado (a) - Impedimento:

Nombres y Apellidos:

Sector/servicio:

Matrícula/ítem:

Mes (es) solicitado (s):

REQUISITOS EXIGIDOS (INDISPENSABLES)

2 Fotocopias simples de la Cédula de Identidad del beneficiario(a) y solicitante.
2 Fotocopia simple del último comprobante de pago.

PARA LOS CASOS DE HOSPITALIZACIÓN, ADICIONALMENTE SE DEBE PRESENTAR:

Certificación o Justificativo de Internación otorgado por Trabajo Social del Centro Hospitalario donde se encuentre el beneficiario (1 original y 1 fotocopia).

Nota: Cumpliendo los requisitos señalados, se procederá a la elaboración del Informe Social por parte del (a) servidor(a) público(a) designado por el SENASIR.

“El informe de Trabajo Social tiene vigencia únicamente durante el día de emisión del mismo”.

IMPORTANTE:

No podrá ser autorizado el cobro de la renta, si el asegurado (a) se encuentra en estado de inconsciencia (coma o vegetal), debiendo el familiar iniciar la Demanda de Declaración de Interdicción, conforme establece el “Código de las Familias y del Proceso Familiar”

En señal de conformidad, se firma el presente documento, autorizando el pago a favor de:

.....C.I.....
(Nombres y Apellidos de la persona autorizada para el cobro)

.....
Firma de recepción

.....
Firma del Solicitante

.....
**Firma o Huellas Digitales del Rentista o
Beneficiario de Pensión Vitalicia**

Lugar y Fecha.....de.....de 20.....

ESTA FORMA DE PAGO, TAN SOLO PUEDE SER CONCEDIDA EN DOS OPORTUNIDADES DURANTE LA GESTIÓN.