



Lima, ____ de _____ de 20__

CERTIFICADO DE SUPERVIVENCIA

Pensionista : _____

Nro Póliza : _____

AFP : AFP _____

Prestación : JUBILACIÓN

Conste por el presente documento que personal de Servicio al cliente de Interseguro Cia. de Seguros S.A., constato la supervivencia física de:

Nombres/Apellidos : _____

Documento : _____

Parentesco : _____

Dirección : _____

Se expide el presente Certificado a solicitud de la parte interesada a fin de cumplir con el Art. 57 de la Resolución Nro. 232-98-EF/SAFP sobre el procedimiento administrativo para el pago de pensiones.

Fecha fin de vigencia del certificado (completado por Interseguro): _____

Firma: _____

Pensionista: _____

Firma y sello representante
de la Agencia (llenado por
Interseguro)
