

Todo trámite es gratuito

2

SANTA CRUZ

Edificio Torre Equipetrol - Av. San Martín, esq. 2do Anillo
Teléfono 332-2121 / Fax 336-6864

LA PAZ

Edificio Nicole, Calle Fernando Guachalla esq. Sanchez Lima
Teléfono 221-21224

COCHABAMBA

Edificio Clan II - Plazuela Constitución Nº 810
Teléfono/Fax 452-5139

ORURO

Calle Junín Nº 675 Teléfono 511 - 7683

CHUQUISACA

Calle Bolívar Nº 579
Teléfono 644-5190 Fax 646-0888

POTOSÍ

Avenida Villazón esq. San Alberto
Teléfono 622-7496 Tel./Fax 622-7637

TARIJA

Calle La Madrid Nº 264
Teléfono 664-3625 Tel./Fax 664-5277

TRINIDAD

Calle Manuel Limpias Nº 87
Teléfono 463-4929

COBIJA

Calle Beni Nº 51 Teléfono 842-4770

EL ALTO

Zona Ciudad Satélite, Av. Satélite Nro. 665
Teléfono 282-0940

MONTERO

Calle Warnes esq. Antofagasta Nº 100
Teléfono 922-6745 / Fax 922-6746

TUPIZA

Calle 4 de Junio S/N entre Colorados y Villarroel
Teléfono 694-4821

YACUIBA:

Calle San Pedro, entre Comercio y Martín Barroso Nº 230
Teléfono 683-0775

Realice su consulta contactándonos a través de:



www.prevision.com.bo



iverifícalos!
Tus aportes te protegen

Requisitos Prestaciones



Pensión por
Muerte

BBVA Previsión

AFP



Este operador está bajo la fiscalización y control de la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS

Requisitos para Pensión por Muerte

Del Asegurado

- 1.** Fotocopia del Documento de Identidad o Pasaporte vigentes o caducos del Asegurado, también puede ser la Tarjeta Prontuaria o una Certificación del SEGIP.
- 2.** Certificado de Nacimiento del Asegurado (Original o fotocopia legible).
- 3.** Certificado de Defunción emitido por el Registro Civil (Original o fotocopia legible).
- 4.** Certificado de Trabajo Insalubre emitido por el Departamento de Medicina del Trabajo del Ente Gestor de Salud en original, si corresponde.
- 5.** Opcionalmente:
 - a.** Declaración de enfermedad, cuando corresponda.
 - b.** Denuncia de accidente cuando corresponda o certificado del Empleador respecto a las circunstancias en que ocurrió el accidente, si fuera accidente de trabajo.
 - c.** Fotocopia del Aviso de Afiliación al Ente Gestor de Salud (AVC), parte de ingreso o carnet de asegurado al último Ente Gestor de Salud (EGS).

Derechohabientes

Declarados en el Formulario de Recepción de Trámites - FRT

- a)** Fotocopia de los documentos de identidad vigentes y legibles.
- b)** Certificado de Nacimiento de (los) Derechohabientes, legibles.
- c)** Certificado de Matrimonio original o fotocopia legible, con vigencia máxima de 1 año, o si corresponde Testimonio Judicial de Convivencia, en original.

- d)** Resolución de Invalidez emitida por el Ente Gestor de Salud, o documentación técnica médica que avale la condición del Derechohabiente, en caso de hijos inválidos

Mineros

Certificado de años de trabajo insalubres, emitido por el Ente Gestor de Salud (Original).

Apoderados

- Poder (Original y copia simple).
- Documento de Identidad del apoderado (copia simple, legible y vigente).
- Poder especial para el cobro de Pensiones (original y copia simple).

Documentos para el Pago de Pensión

- 1.** Copia del documento de identidad legible y vigente.
- 2.** Copia del documento de la cuenta bancaria donde se pueda verificar el número de la misma. Opcional.

Modalidades de Pago

El pago de los Beneficios se podrá realizar a través de las siguientes modalidades a elección del Pensionado:

- 1.** Disponibilidad del pago en el Sistema Financiero.
- 2.** Abono en Cuenta
- 3.** Pago a domicilio, solo en los casos que el Asegurado o Derechohabientes, se encuentre imposibilitado para realizar cobros en el Sistema Financiero.