



No. de Solicitud: \_\_\_\_\_

Fecha de recepción: \_\_\_\_\_

Fecha máxima de pago: \_\_\_\_\_

**REQUISITOS SEGÚN TIPO DE RETIRO****CESE LABORAL (RENUNCIA O DESPIDO)**

Carta de tiempo laborado emitida por patrono, debe contar con elementos como sello, logo, membrete u otro. Se acepta carta de renuncia si está recibida por el patrono. Si está desempleado hace más de tres meses, no requiere este requisito

**QUINQUENIO (5 AÑOS CON EL MISMO PATRONO)**

En caso de ser necesario, la OPC le solicita una constancia de tiempo laborado

Para todos los trámites de retiro, además de la carta correspondiente, el afiliado debe presentar:

- Documento de identificación vigente y en buen estado.
- Comprobante de la entidad bancaria donde se muestre la cuenta IBAN o cuenta cliente, debe ser en colones y a su nombre.
- Completar y firmar este formulario.

Asegúrese de contar con todos los requisitos para realizar su trámite, de lo contrario se mantendrá como pendiente hasta que se complete.

**SOLICITUD DE RETIRO DEL FCL**

<b>Nombre completo:</b>		<b>Número de cédula:</b> (número de asegurado para extranjeros)	
<b>Teléfonos:</b> (se usará para notificarle):		<b>Correo electrónico:</b> (se usará para notificarle)	
<b>Dirección exacta:</b> (con Provincia, Cantón, Distrito y señas)			
<b>Nombre del patrono:</b> (si está desempleado, anote el dato del último patrono con el que trabajó, si es patrono físico anote el nombre completo)			
<b>Número patronal:</b> (si lo desconoce no lo anote)		<b>Teléfono del patrono:</b>	<b>Marque la casilla solo si desea que se le paguen patronos anteriores</b> <input type="checkbox"/>
<b>Nombre del apoderado:</b> (Completar solo si la solicitud es realizada por un apoderado especial o general)			<b>Medio de contacto del apoderado:</b> (teléfono/correo)

**MEDIO DE PAGO: ELIJA UNA OPCIÓN**

<b>Transferencia a mi cuenta</b> <input type="checkbox"/>	<b>Banco</b>	<b>Número de Cuenta IBAN</b>
<b>Transferir a mi ROPC</b> <input type="checkbox"/>	<b>% aporte</b>	<b>Número de contrato y OPC</b>
<b>Cheque a mi nombre</b> <input type="checkbox"/>	<b>N/A</b>	<b>N/A</b>

- Al recibir la documentación todos los datos deben de estar claros y legibles, indicando un número telefónico al menos donde se pueda localizar al afiliado.
- Al firmar el afiliado da fe de la veracidad de la información suministrada en el documento por lo que, si las condiciones o cualidades indicadas no se cumplen la OPC-CCSS se libera de toda responsabilidad y ante cualquier inexactitud en la información de la documentación, tendrá la potestad de invalidar dicho trámite.
- Todos aquellos documentos recibidos que no cumplan con los requisitos establecidos en la normativa serán destruidos. Para las solicitudes de cese laboral, en un lapso de tres meses a partir de la fecha de recibido y para las solicitudes de quinquenio, en un lapso de seis meses a partir de la fecha de recibido.
- El afiliado asume toda la responsabilidad si el número de cuenta que he indicado no es el correcto. En caso de presentar una cuenta en dólares, asumo el diferencial cambiario según la entidad bancaria.
- Al firmar el formulario, el afiliado autoriza a la OPC-CCSS a utilizar la información en él contenida únicamente para los fines asociados a los servicios y productos que brinda la Operadora, incluido el envío de sus estados de cuenta o los saldos de los fondos, así como cualquier información que la OPC-CCSS considere relevante. Si cambia el número telefónico o el correo electrónico, será responsabilidad de él comunicarlo a la Operadora con el fin de actualizar sus datos de contacto.
- El afiliado debe firmar lo más parecido a como firma en su documento de identificación.

**FIRMA DEL AFILIADO (a):** \_\_\_\_\_ **RECIBIDO POR:** \_\_\_\_\_

(funcionario responsable):

**OFICINA:** \_\_\_\_\_

(Aplica para convenios):