

## FORMULARIO DE DESIGNACION Y/O ACTUALIZACIÓN DE BENEFICIARIOS

Designación

Actualización

### Estimado(a) afiliado(a)

En caso de fallecimiento, de no existir beneficiario alguno en el IVM, y en cumplimiento con la normativa vigente, sus beneficiarios serán los que usted de forma voluntaria, designe en este formulario.

Yo \_\_\_\_\_ Número de Identificación \_\_\_\_\_

me presento como afiliado ante la *Operadora de Pensiones Complementarias y de Capitalización de la Caja Costarricense de Seguro Social* para designar voluntariamente a los siguientes beneficiarios:

Nombre Completo del Beneficiario	Parentesco *	Fecha de Nacimiento*	Condición marque con X		Número de Identificación	Porcentaje del beneficio
			Nacional	Extranjero		
						%
						%
						%
						%

\*Estas columnas son excluyentes cuando se anota el ID.

### Observaciones:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

De acuerdo con la anterior designación, firmo al ser las \_\_\_\_\_ horas del día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_

Firma del Afiliado

\_\_\_\_\_

Nombre y Firma del funcionario que recibe el formulario