

FORMULARIO DE DESIGNACIÓN Y/O ACTUALIZACIÓN DE BENEFICIARIOS

Por favor marque con una X la casilla según el trámite por realizar, sea una afiliación, es decir un cliente nuevo o bien, si se trata de una designación o actualización, de un afiliado con permanencia en el fondo.

Afiliación
 Designación
 Actualización

Estimado(a) afiliado(a)

En caso de fallecimiento, al no existir beneficiario alguno en el IVM, y en cumplimiento con la normativa vigente, sus beneficiarios para el Régimen Obligatorio de Pensión Complementaria (ROPC) serán los que usted de forma voluntaria, designe en este formulario. Por lo que le agradecemos completar la información que se le solicita a continuación:

Yo _____ Número de Identificación (para nacionales el número de cédula y para extranjeros el número de seguro social) _____ me presento como afiliado ante la OPC CCSS S.A., para designar voluntariamente a los siguientes beneficiarios:

Nombre Completo del Beneficiario	Identificación ¹	Parentesco	Fecha de Nacimiento ²	Número de teléfono o correo electrónico de contacto ³	Porcentaje del beneficio
					%
					%
					%
					%
					%

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

¹ El número de identificación será para nacionales el número de cédula y para extranjeros el número de seguro social.

² La fecha de nacimiento es indispensable para confirmar que el número de identificación anotado es correcto.

³ El medio de contacto que se anote debe ser el del beneficiario, pues en caso de fallecimiento, la OPC debe notificarles el proceso para realizar el retiro del dinero del ROPC.