

SOLICITUD DE RETIRO FCL

Cese Laboral Quinquenio

A. INFORMACIÓN DEL AFILIADO

Yo: _____, número de cédula (número de asegurado para extranjeros): _____

_____ solicito a la OPC CCSS la devolución de mi FCL con la empresa (nombre completo para

patrono físico): _____ Número patronal según orden

patronal _____ Teléfono del patrono: _____.

En caso de realizar el trámite por cese laboral, indique si desea que se le paguen los patronos anteriores: Sí _____ No _____.

Dirección Exacta: **Provincia:** _____ **Cantón:** _____ **Distrito:** _____

Otras señas: _____

Teléfonos: _____ Correo electrónico: _____.

Medio para recibir comunicaciones del trámite (marque con "x" uno): Correo electrónico: _____ Teléfono: _____

B. FORMA DE PAGO (POR FAVOR MARQUE X SÓLO EN UNA DE LAS TRES OPCIONES):

1. Transferencia a mi cuenta:	Banco	Número de Cuenta Cliente o IBAN
2. Cheque		
3. Transferir como aporte extra. al ROPC:	% del aporte	Número de contrato y OPC

C. INFORMACIÓN IMPORTANTE:

- 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.
- A partir de la fecha de pago, tiene un mes de tiempo para retirar su cheque en las oficinas centrales de la OPC CCSS en San Pedro. De lo contrario tanto su trámite y su cheque serán anulados.
- 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.

Firma del afiliado (a): _____ **Nombre del funcionario:** _____

Importante: El afiliado debe firmar lo más parecido a como firma en su documento de identificación. No se permite que el afiliado firme con un tipo de letra totalmente distinta a la que aparece en su documento de identificación o con otro tipo de firma que no es la que se refleja en el documento que presenta.