



# SOLICITUD DE PENSIÓN COMPLEMENTARIA

N° DE SOLICITUD: \_\_\_\_\_  
FECHA DE RECIBIDO: \_\_\_\_\_

## IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO

Nombre completo:	Número de identificación: (número de asegurado para extranjeros)	
Correo electrónico:	Teléfonos:	Fecha de nacimiento: (día/mes/año)
Dirección exacta: (con Provincia, Cantón, Distrito y señas)		
Si el trámite es por fallecimiento, coloque el nombre completo y número de identificación de fallecido: (ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DE LA OPC-CCSS)		

## TIPO DE PENSIÓN

PENSIÓN DEL AFILIADO	BENEFICIARIO POR MUERTE DEL AFILIADO	SALDO DE LA CUENTA INDIVIDUAL DEL ROPC (ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DE LA OPC-CCSS)	MONTO ÚLTIMO SALARIO RECIBIDO POR EL AFILIADO (ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DE LA OPC-CCSS)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

## MEDIO DE PAGO POR TRANSFERENCIA

Banco:	Número de cuenta IBAN:	Identificación con la que apertura la cuenta IBAN:
--------	------------------------	--

\* Recuerde que la sumatoria de los porcentajes debe ser igual al 100%, no mayor ni menor.

## BENEFICIARIOS

Nombre completo:	Identificación:	Fecha Nacimiento:	Parentesco:	Nacionalidad:	Teléfono o correo electrónico:	Porcentaje:
						%
						%
						%

## OBSERVACIONES

- Si requiere agregar más beneficiarios por favor complete el 8F94 Formulario de Designación y/o Actualización de beneficiarios.
- Al firmar este documento usted autoriza a la OPC CCSS S.A. a realizar los trámites para la devolución del Ahorro Obrero Patronal administrado por el Banco Popular, con el fin de consolidar la cuenta individual del ROPC. A su vez, autoriza a la OPC CCSS a utilizar la información en él contenida 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 su responsabilidad comunicarlo a la Operadora con el fin de actualizar sus datos de contacto.
- Al recibir la documentación todos los datos deben de estar claros y legibles, indicando un número telefónico al menos donde se pueda localizar al pensionado.
- Al firmar, el pensionado 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.
- El pensionado asume toda la responsabilidad si el número de cuenta indicado no es el correcto; la cuenta debe ser en colones y a nombre del pensionado.
- El afiliado debe firmar lo más parecido a como firma en su documento de identificación.
- Confirmo que se me asesoró sobre la situación actual de los rendimientos de los fondos de pensión complementaria y las repercusiones que puede generar trasladar los fondos a otra entidad o bien, tomar una renta permanente.

FIRMA DEL PENSIONADO (a): \_\_\_\_\_ RECIBIDO POR: \_\_\_\_\_