

# Proceso de retiro del ROPC

(Régimen Obligatorio de Pensiones Complementarias)

# Proceso de retiro del ROPC

(Régimen Obligatorio de Pensiones Complementarias)



Pensiones  BAC

En el caso de la OPC, desde marzo 2010, quienes se pensionen deben elegir un "plan de beneficio" para retirar la pensión complementaria obligatoria. Esto quiere decir que la persona deberá establecer, con asesoría de su operadora, la manera cómo recibirá los recursos de su pensión complementaria obligatoria, la cual consistirá en un ingreso adicional a la pensión que le entregará la CCSS. Es importante indicar que un plan de beneficios se refiere a una de las tres maneras posibles de recibir ese dinero, no sin antes señalar que el dinero no podrá ser retirado en un solo trámite.

El afiliado debe **completar los formularios respectivos**, para que la operadora pueda solicitar los componentes del ROPC. Una vez obtenida la información se comunica con el afiliado para ofertar los montos y modalidades para su selección:

- ①** Renta permanente
- ②** Retiro programado
- ③** Renta temporal condicionada
- ④** Retiro temporal según cotizaciones

Todas tienen su cálculo respectivo ya establecido por ley.

El afiliado cuenta con 10 días hábiles para seleccionar la modalidad y firmar los contratos respectivos, una vez entregados a la operadora la misma cuenta con 5 días hábiles para realizar el primer pago según lo seleccionado. Los meses posteriores el pago de la pensión complementaria se realiza los primeros 3 días hábiles de cada mes.

# ANEXO 1

| <b>Pensiones BAC</b>   |  | F-CRI-0005052 - SOLICITUD DE PENSIÓN COMPLEMENTARIA (V7) |   |   |  |                          |                                |                            |   |  |
|--|--|--|---|---|--|--------------------------|--------------------------------|----------------------------|---|--|
| <b>1. IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO</b> (En caso de muerte del afiliado indicar datos del BENEFICIARIO)  |  |  |   |   |  |                          |                                |                            |   |  |
| Primer apellido  |  | Segundo apellido   |   | Primer nombre   |  | Segundo nombre           |                                |                            |   |  |
|  |  |  |   |   |  |                          |                                |                            |   |  |
| Fecha de nacimiento  |  | Tipo de documento de identidad                           |   | Nº de documento de identidad  |  | Teléfono de contactación |                                |                            |   |  |
|  |  | <input type="checkbox"/> CNA                             | <input type="checkbox"/> DIMEX            | <input type="checkbox"/> PEX  |  |                          |                                |                            |   |  |
| <b>DOMICILIO PARTICULAR</b>  |  |  |   |   |  |                          |                                |                            |   |  |
| Provincia  |  |  | Cantón                                    |   |  | Distrito                 |                                |                            |   |  |
| Correo electrónico   |  |  |   |   |  |                          |                                |                            |   |  |
| <b>2. CAUSAL DE PENSIÓN</b>  |  |  |   |   |  |                          |                                |                            |   |  |
| Pensión del afiliado   |  | Beneficio por muerte del pensionado                      |   | Beneficio por muerte del afiliado                                     |  |                          |                                |                            |   |  |
| <input type="checkbox"/>   |  | <input type="checkbox"/>                                 |   | <input type="checkbox"/>  |  |                          |                                |                            |   |  |
| <b>3. DATOS DEL FALLECIDO</b> (sólo en caso de muerte del afiliado o muerte del pensionado)  |  |  |   |   |  |                          |                                |                            |   |  |
| Nombre del fallecido:  |  |  |   | Nº de documento de identidad  |  |                          |                                |                            |   |  |
| <b>4. DECLARACIÓN JURADA DE BENEFICIARIOS</b>  |  |  |   |   |  |                          |                                |                            |   |  |
| <input type="checkbox"/> SI  | He sido asesorado (a) y conociendo las implicaciones, NO quiero designar beneficiarios |  |   |   |  |                          |                                |                            |   |  |
| La suma de todos los porcentajes designados debe ser 100%  |  |  |   |   |  |                          |                                |                            |   |  |
| Beneficiario 1   |  |  |   |   |  |                          |                                |                            |   |  |
| Nombre completo  |  |  |   |   |  |                          |                                |                            |   |  |
| Nº de documento de identidad   |  |  |   | Porcentaje designado  |  | Grado                    | <input type="checkbox"/> 1     | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> Otro (indique #) |  |
| Correo electrónico   |  |  |   |   |  |                          |                                | Teléfono de contactación   |   |  |
| Parentesco   |  | <input type="checkbox"/> Hijos (as)                      | <input type="checkbox"/> Cónyuge / pareja | <input type="checkbox"/> Hermano (na)                                 | <input type="checkbox"/> Madre o padre |                          | <input type="checkbox"/> Otros |                            |   |  |
| Beneficiario 2   |  |  |   |   |  |                          |                                |                            |   |  |
| Nombre completo  |  |  |   |   |  |                          |                                |                            |   |  |
| Nº de documento de identidad   |  |  |   | Porcentaje designado  |  | Grado                    | <input type="checkbox"/> 1     | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> Otro (indique #) |  |
| Correo electrónico   |  |  |   |   |  |                          |                                | Teléfono de contactación   |   |  |
| Parentesco   |  | <input type="checkbox"/> Hijos (as)                      | <input type="checkbox"/> Cónyuge / pareja | <input type="checkbox"/> Hermano (na)                                 | <input type="checkbox"/> Madre o padre |                          | <input type="checkbox"/> Otros |                            |   |  |
| Beneficiario 3   |  |  |   |   |  |                          |                                |                            |   |  |
| Nombre completo  |  |  |   |   |  |                          |                                |                            |   |  |
| Nº de documento de identidad   |  |  |   | Porcentaje designado  |  | Grado                    | <input type="checkbox"/> 1     | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> Otro (indique #) |  |
| Correo electrónico   |  |  |   |   |  |                          |                                | Teléfono de contactación   |   |  |
| Parentesco   |  | <input type="checkbox"/> Hijos (as)                      | <input type="checkbox"/> Cónyuge / pareja | <input type="checkbox"/> Hermano (na)                                 | <input type="checkbox"/> Madre o padre |                          | <input type="checkbox"/> Otros |                            |   |  |
| Beneficiario 4   |  |  |   |   |  |                          |                                |                            |   |  |
| Nombre completo  |  |  |   |   |  |                          |                                |                            |   |  |
| Nº de documento de identidad   |  |  |   | Porcentaje designado  |  | Grado                    | <input type="checkbox"/> 1     | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> Otro (indique #) |  |
| Correo electrónico   |  |  |   |   |  |                          |                                | Teléfono de contactación   |   |  |
| Parentesco   |  | <input type="checkbox"/> Hijos (as)                      | <input type="checkbox"/> Cónyuge / pareja | <input type="checkbox"/> Hermano (na)                                 | <input type="checkbox"/> Madre o padre |                          | <input type="checkbox"/> Otros |                            |   |  |
| <b>5. CONSTANCIA DE RECEPCIÓN DE SOLICITUD</b>   |  |  |   |   |  |                          |                                |                            |   |  |
| Nombre del solicitante   | Nº de documento de identidad   |  | Nombre del representante de la OPC        | Nº de documento de identidad  |  |                          |                                |                            |   |  |
|  |  |  |   |   |  |                          |                                |                            |   |  |
| Firma del solicitante (una sola vez)   |  |  |   | Firma del representante de la OPC (una sola vez)                      |  |                          |                                |                            |   |  |
| <small>*Firmas válidas: puño y letra, y certificado digital *</small>  |  |  |   | <small>*Firmas válidas: puño y letra, y certificado digital *</small> |  |                          |                                |                            |   |  |
| 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 Operadora de Pensiones se libera de toda responsabilidad y cualquier inexactitud en la información de la documentación la Operadora tendrá la potestad de invalidar dicho trámite. |  |  |   |   |  |                          |                                |                            |   |  |

## ANEXO 2

| <b>Pensiones BAC</b>   |  | F-CRI-0000169 - SOLICITUD DE LIQUIDACIÓN (V7)  |                                  |   |                          |
|--|--|--|----------------------------------|---|--------------------------|
| <b>1. DATOS DEL AFILIADO (En caso de muerte del afiliado indicar datos del BENEFICIARIO)</b>   |  |  |                                  |   |                          |
| Fecha de Solicitud:  |  |  |                                  |   |                          |
| Primer apellido  | Segundo apellido   | Primer nombre  | Segundo nombre                   |   |                          |
|  |  |  |                                  |   |                          |
| Fecha de nacimiento  | Tipo de documento de identidad   | Nº de documento de identidad   | Teléfono de contactación         |   |                          |
|  | <input type="checkbox"/> CNA <input type="checkbox"/> DIMEX <input type="checkbox"/> PEX |  |                                  |   |                          |
| DOMICILIO PARTICULAR   |  |  |                                  |   |                          |
| Provincia  |  | Cantón   | Distrito                         | Barrio  |                          |
| Favor indicar otras señas: Punto de Referencia + Puntos Cardinales + Descripción de la casa  |  |  |                                  |   |                          |
| Correo electrónico   |  |  |                                  |   |                          |
| <b>2. TIPO DE SOLICITUD (Marque los tipos de fondo que desea retirar)</b>  |  |  |                                  |   |                          |
| Régimen Obligatorio de Pensiones (ROPC)  | Fondo de Capitalización Laboral (FCL)  | Régimen Voluntario de Pensiones (RVPC)   |                                  |   |                          |
| <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   |                                  |   |                          |
| <b>3. MOTIVO DE RETIRO</b>   |  |  |                                  |   |                          |
| Régimen Voluntario de Pensiones (RVPC)   |  |  |                                  |   |                          |
| Pensionado   | Muerte del Afiliado  | Cumple plazo   | Contrato número                  | Total acumulado                                       | Monto parcial            |
| <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   |                                  | <input type="checkbox"/>                              | <input type="checkbox"/> |
| Indique el porcentaje que desea retirar (sólo para retiro parcial)   |  |  |                                  |   |                          |
| <b>4. DATOS DEL FALLECIDO (solo en caso de muerte del afiliado)</b>  |  |  |                                  |   |                          |
| Nombre del fallecido:  |  |  | Nº de documento de identidad     |   |                          |
| <b>5. DATOS PARA EL DEPOSITO (En caso de muerte del afiliado indicar datos del BENEFICIARIO)</b>   |  |  |                                  |   |                          |
| Indique <b>SOLAMENTE</b> una de las siguientes formas de pago:   |  |  |                                  |   |                          |
| Nota: sólo aplica cuentas en dólares para cuentas BAC del Régimen Voluntario de Pensiones (RVPC), si la moneda del fondo es en dólares.  |  |  |                                  |   |                          |
| Cuenta BAC: Coloque cuenta IBAN (22 dígitos)   |  |  |                                  | Cuenta Otros bancos: Coloque cuenta IBAN (22 dígitos) |                          |
| Núm. Identificación:   |  | <input type="checkbox"/> Colones   | <input type="checkbox"/> Dólares |   |                          |
| Nombre Titular Cuenta  |  |  |                                  | Colones (Solamente)                                   |                          |
| Número de Cuenta   |  |  |                                  |   |                          |
| <b>6. ACTUALIZACIÓN DE DATOS</b>   |  |  |                                  |   |                          |
| <input type="checkbox"/> SI  | <input type="checkbox"/> NO  | Autorizo a que BAC Pensiones actualice mis datos para el envío de información, con lo indicado en este formulario. |                                  |   |                          |
| Al actualizar la información, los datos mencionados en el formulario se utilizarán para envío del estado de cuenta y cualquier información que BAC Pensiones considere necesaria para nuestros afiliados   |  |  |                                  |   |                          |
| <b>7. DATOS DEL SOLICITANTE</b>  |  |  |                                  |   |                          |
| Nombre del solicitante   |  |  | Nº de documento de identidad     |   |                          |
| <i>Firma del solicitante (una sola vez)</i><br>*Firmas válidas: puño y letra, y certificado digital *  |  |  |                                  |   |                          |
| 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 Operadora de Pensiones se libera de toda responsabilidad y cualquier inexactitud en la información de la documentación la Operadora tendrá la potestad de invalidar dicho trámite. |  |  |                                  |   |                          |

## Contactanos

---

 **WhatsApp:** 8742-9595

Digitando la palabra clave "pensiones"

 **Call center:** 2295-9200

 **Correo:** pensiones@baccredomatic.cr