

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 tracto.


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:

- ❶ Renta permanente
- ❷ Retiro programado
- ❸ Renta temporal condicionada
- ❹ 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

 F-CRI-0005052 - SOLICITUD DE PENSIÓN COMPLEMENTARIA (V7)									
1. IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO (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			N° 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			
Correo electrónico									
2. CAUSAL DE PENSIÓN									
Pensión del afiliado		Beneficio por muerte del pensionado				Beneficio por muerte del afiliado			
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			
3. DATOS DEL FALLECIDO (sólo en caso de muerte del afiliado o muerte del pensionado)									
Nombre del fallecido:				N° de documento de identidad					
4. DECLARACIÓN JURADA DE BENEFICIARIOS									
<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									
N° 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									
N° 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									
N° 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									
N° 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			
5. CONSTANCIA DE RECEPCIÓN DE SOLICITUD									
Nombre del solicitante		N° de documento de identidad		Nombre del representante de la OPC		N° de documento de identidad			
Firma del solicitante (una sola vez)				Firma del representante de la OPC (una sola vez)					
<i>*Firmas válidas: puño y letra, y certificado digital *</i>				<i>*Firmas válidas: puño y letra, y certificado digital *</i>					
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

		F-CRI-0000169 - SOLICITUD DE LIQUIDACIÓN (V7)			
1. DATOS DEL AFILIADO (En caso de muerte del afiliado indicar datos del BENEFICIARIO)					
Fecha de Solicitud:					
Primer apellido	Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre
Fecha de nacimiento	Tipo de documento de identidad		N° 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					
2. TIPO DE SOLICITUD (Marque los tipos de fondo que desea retirar)					
Régimen Obligatorio de Pensiones (ROP)		Fondo de Capitalización Laboral (FCL)		Régimen Voluntario de Pensiones (RVPC)	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
3. MOTIVO DE RETIRO					
		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)			
4. DATOS DEL FALLECIDO (sólo en caso de muerte del afiliado)					
Nombre del fallecido:			N° de documento de identidad		
5. DATOS PARA EL DEPOSITO (En caso de muerte del afiliado indicar datos del BENEFICIARIO)					
Indique SOLAMENTE 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	Núm. Identificación		Colones (Solamente)
Nombre Titular Cuenta			Nombre Titular Cuenta		
Número de Cuenta			Número Cuenta Cliente		
6. ACTUALIZACIÓN DE DATOS					
<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					
7. DATOS DEL SOLICITANTE					
Nombre del solicitante			N° de documento de identidad		
<div style="text-align: center;"> <i>Firma del solicitante (una sola vez)</i> *Firmas válidas: puño y letra, y certificado digital * </div>					
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