

BN VITAL OPERADORA DE PLANES DE PENSIONES COMPLEMENTARIAS S.A.**REGIMEN VOLUNTARIO DE PENSIONES COMPLEMENTARIAS****ADENDO PARA CAMBIOS DE INFORMACIÓN AL CONTRATO DE AFILIACIÓN AL FONDO VOLUNTARIO DE PENSIONES**

() FONDO COLONES A () FONDO COLONES B () FONDO DOLARES A () FONDO DOLARES B

N° DE CUENTA BN VITAL: _____**PARTES CONTRATANTES:**

Nosotros, BN VITAL OPERADORA DE PLANES DE PENSIONES COMPLEMENTARIAS, S.A., San José, Cantón Central, Avenida 1 y 3. Calle 4. Edificio Banco Nacional, cédula jurídica 3-101-230916 inscrita en el Registro Mercantil al Tomo 1128, Folio 208 y Asiento 332, que para los efectos de este contrato será denominado BN Vital OPC S.A. o la operadora o mediante su nombre corto BN Vital OPC, y el afiliado identificado más adelante, hemos convenido el presente **CONTRATO DE ACUMULACIÓN DEL REGIMEN DE PENSIONES COMPLEMENTARIO VOLUNTARIO.**

FORMULARIO DATOS DEL AFILIADO**1er apellido** _____ **2do apellido** _____ **Nombre** _____**Tipo de identificación:** () Cédula () Cédula de residencia () Otro: _____**Número de identificación:** _____ **Fecha nacimiento:** _____**Nacionalidad:** _____**Estado civil:** () Soltero/a () Casado/a () Divorciado/a () Viudo/a () Unión Libre**Dirección exacta de residencia permanente:**

Provincia: _____ Cantón: _____ Distrito: _____

Otras señas: _____

Números telefónicos: Celular: _____ Casa: _____ Trabajo: _____

E-mail: _____

E-mail trabajo: _____

Aporte mínimo mensual: _____

Autorizo que cada año se aumente mi cuota pactada:

() 20%

() 15%

() 10%

() 5%

() Otro: _____

() No realizo aumento

SOLICITUD DE APLICACIÓN DE CARGAS SOCIALES

Por este medio solicito la **Inclusión** a la exención de cargas sociales e impuestos a la planilla del régimen voluntario de pensiones complementarias, según artículo N° 71 de la Ley de Protección al Trabajador 7983. ()

No deseo el beneficio de cargas exención sociales ()

Nota: Este apartado no aplica si el contrato es suscrito a nombre de un menor de edad.**CRITERIO DE TRASLADO ENTRE FONDOS**

Su contrato de afiliación se apertura en fondo B.

Al cumplir 63 meses y 63 cuotas, acepto optar por:

() Transición automática a Fondo A (Desea trasladar sus aportes al fondo A y poder realizar retiros parciales de máximo 30% cada 12 meses o retiro total al cumplir 57 años)

() Permanencia indefinida Fondo B (Desea seguir manteniendo el plan de acumulación en el Fondo B. Considere que no aplican retiros totales hasta dentro de 36 meses)

Elija solo una opción.

BENEFICIARIOS

No designo beneficiarios ()

Porcentaje	Nombre Completo	No. Cédula	Teléfono	Correo	Tipo de relación

Nota: En caso de fallecimiento del afiliado o pensionado en régimen voluntario de pensiones complementarias, sus beneficiarios y las proporciones serán los declarados en el contrato suscrito con la OPC, según lo indicado en el art. 20 del Reglamento de Beneficios del Régimen de Capitalización Individual.

MANIFESTACIÓN PARA UTILIZAR CUANDO EL CONTRATO ES ABIERTO A NOMBRE DE UN MENOR DE EDAD

El(la) suscrito(a): 1er. Apellido _____ 2do Apellido _____ Nombre _____ identificación Nº _____ expresa que ha firmado el presente contrato en calidad de poseedor de la patria potestad del menor 1er. Apellido _____ 2do Apellido _____ Nombre _____ identificación Nº: _____, por lo que comprende que para todos los efectos legales el firmante es el que posee la patria potestad y no el menor o la menor de edad. Asimismo, indica expresamente que ha sido debidamente advertido (a) de que los fondos aportados y sus rendimientos son propiedad del menor, motivo por el cual tiene limitada su disposición sobre los mismos, salvo que acuda a los procedimientos judiciales vigente en Costa Rica.
Esta información tiene vigencia hasta el cumplimiento de la mayoría de edad del titular del contrato o se realice un cambio de la patria potestad, mediante un nuevo GA-RE05, Adendo para cambios de información al contrato de afiliación al fondo voluntario de pensiones.

MODIFICACIÓN FORMA DE PAGO

Autorizo que se debite el monto pactado en el contrato. *En caso de realizar un retiro total del Plan Voluntario esta deducción quedará excluida.*

1. () Pago con cuentas del BN:

Número de cuenta ahorros, electrónica o corriente: _____
Día de aplicación del pago: _____

2. () Pago con Tarjeta del BN:

Número de tarjeta de crédito: _____
Día de aplicación: (Debe ser del 01 al 28): _____
Fecha de vencimiento: _____

3. () Pago con tarjeta de otros bancos:

Día de aplicación del pago: _____
Número de tarjeta: _____
Fecha de vencimiento: _____

Nota: No hay un día específico; por lo cual, el pago se debitará un día correspondiente al rango de días seleccionado. No aplica para tarjetas American Express.

4. () Pago cuenta de otros bancos (SINPE):

Cuenta IBAN: _____
Día de aplicación del pago: () 16 ó () 28 de cada mes.

Nota: Únicamente se pueden matricular cuentas IBAN de débito.

5. () Pago por planilla por convenio de otras empresas:

Nombre de la empresa: _____
Monto por deducir: _____

Nota: La empresa indicada debe tener convenio con BN Vital para aplicar este tipo de deducción.

6. () Pago por planilla exclusiva del Banco Nacional:

Número de empleado: _____

Nota: El monto semanal corresponde a la cuarta parte del aporte pactado.

Nota: En caso de que la deducción automática aplique a un tercero se debe completar el formulario GA-RE16, Autorización de deducción.

Depósitos realizados antes de las 12:00 pm, quedan acreditados el mismo día. Posterior a esto serán acreditados al día siguiente hábil. Cuando los días 28,29,30 o 31 corresponden a un viernes y el depósito se realiza posterior a las 12:00 pm, quedará acreditado en la cuenta del afiliado al día siguiente hábil, aplicándose en el mes posterior.

“Declaro bajo la fe de juramento, que este formulario ha sido completado por mi o en mi presencia, y la información que he suministrado es fiel y verdadera, por tanto, acepto que cualquier falsedad –por acción u omisión- de mi parte anularía esta solicitud de afiliación al contrato del fondo de pensión y dará derecho a BN Vital OPC de cancelar los productos o servicios que se fundamenten en él.” “Entiendo y acepto que la información consignada en este formulario podrá ser compartida entre las entidades que conforman el Conglomerado Banco Nacional de Costa Rica tanto en aras de cumplir con la Ley 8204 así como para fines comerciales.”

Lugar y fecha de realizado: _____ Firma del Afiliado _____

Hecho por: _____ Revisado por: _____

(Espacio exclusivo BN Vital OPC)

Danis Castillo Castro
JEFE DE GESTIÓN CUENTAS INDIVIDUALES
BN VITAL O.P.C