

☐ JUBILACIÓN ☐ DEFUNCIÓN

Lugar y fecha: _____

Trámite:☐ Retiro Total (Regla del 10%, indemnización, enfermedad terminal, grave o condición de salud grave, beneficiarios solo BN Vital)

Retiro o Traslado de Remanente

Reingreso a la fuerza laboral

Cambio de Modalidad a: Transitorio XIX: Retiro Acelerado

Retiro de enfermedad terminal, grave o condición de salud grave por mensualidades en plazos

Si la persona escoge la última opción deberá manifestar de forma escrita los tipos de pagos parciales con que desea se le liquide el dinero de su cuenta individual del ROP (No podrá exceder los sesenta meses). Seguido detalle:

PARA RETIRO POR JUBILACIÓN

Yo, (nombre del afiliado) _____, identificación número: _____, por este medio solicito que, a partir de hoy, sea tramitado mi retiro del ROP, según lo estipulado por la Ley de Protección al Trabajador y libero a BN VITAL OPC de cualquier responsabilidad que por la misma se suscitara.

PARA RETIRO POR DEFUNCIÓN

Yo, (nombre beneficiario) _____, identificación número: _____, en calidad de beneficiario, solicito por este medio que, a partir de hoy, sea tramitado el retiro del ROP a nombre de:
Nombre Fallecido: _____, identificación número _____, según lo estipulado por la Ley de Protección al Trabajador y la Ley para resguardar el derecho de los trabajadores a retirar los recursos de la pensión complementaria y libero a BN Vital OPC de cualquier responsabilidad que por la misma se suscitara.

Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

☐ Cta. Corriente o Ahorro (BNCR): _____ A nombre de: _____☐ Cta. IBAN (Otra entidad financiera): _____ A nombre de _____☐ Trasladar al fondo voluntario, contrato N° _____

La cuenta bancaria brindada por el afiliado o pensionado debe estar registrada a su nombre. No se aceptan cuentas de terceros para realizar el depósito.

Si la cuenta bancaria presenta una inconsistencia a la hora de realizar el pago por medio de SINPE, automáticamente los recursos volverán a la cuenta individual. Se deberá firmar una nueva solicitud de retiro. Queda como responsabilidad del afiliado aportar el número correcto de su cuenta IBAN.

Firma del Afiliado_____
Firma o sello del funcionario