

**AUTORIZACION PARA RETIRO DE DINEROS Y VALORES EN EL INS DE
AGREMIADOS QUE REALIZAN GESTIONES ANTE ESTA OFICINA**

Señores: Instituto Nacional de Seguros

Quien suscribe la presente, se permite autorizar a los Agentes de Seguros del INS Encargados de la Oficina de Seguridad Social y Aseguramiento del Colegio de Abogados y Abogadas abajo indicados y/o sus asistentes, para que puedan retirar y hacer efectivo los débitos o cheques que por los conceptos que abajo se detallan, sean girados a mi nombre.

Autorizo a cualquiera de las personas que a continuación se detallan para los retiros pertinentes:

Dr. HUGO QUESADA MONGE, ced.1-507-742, Lic. SUGESE No. 08-1519
Ing. ANA ERIKA OSES CASTILLO, ced.8-069-670, Lic. SUGESE No. 08-1487
Licda. ERIANT QUESADA OSES, ced. 1-1202-989 Lic. SUGESE No. 13-2578
Licda. ANA EVYN QUESADA OSES, ced. 1-1358-0628, Lic. SUGESE No. 15-2928
JOSE PABLO MASIS SALAZAR, Asistente Administrativo, cédula 1-1503-992
JOSE DANIEL ARIAS CHACON, Asistente Administrativo, cédula 4-215-055
LUIS ENRIQUE LEON GONZÁLEZ, Asistente Administrativo, cédula 1-1489-0952

El pago en cuestión es por concepto de:

- Reclamo de gastos médicos No. _____
- Retiro del Fondo Acumulado Póliza VU-Plus-001 del Colegio de Abogados
- Devolución de primas de otros seguros: _____
- Otros Conceptos: _____

En espera de que sirvan acoger la presente petición; de ustedes.

Nombre: _____

No. de Cédula: _____ No. Colegiado: _____

Tel. _____ Correo _____

Firma: _____

Adjunto fotocopia de cédula de identidad por ambos lados

Persona autorizada que retira en el INS (Para uso exclusivo de la Oficina de los Agentes)

Nombre: _____

Cédula: _____ Fecha: _____

Firma: _____ (Sello Oficina Seguridad Social)