



Colegio de Abogados y Abogadas de Costa Rica

Dpto. Archivo Central - Registro de Beneficiarios

Legajo No.	
Folio No.	
Carné No.	

FORMULARIO: DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS (AS) EN PÓLIZA DE VIDA Y FONDO DE RETIRO DEL COLEGIO DE ABOGADOS Y ABOGADAS DE COSTA RICA

(Doc. No. F-08 EN LA WEB, ACTUALIZADO 01/02/2020)

Yo, _____
No. de Cédula _____ y No. de Carné _____, de conformidad con el Capítulo VIII. Del Fondo de Mutualidad y Subsidios, artículos del 31 al 35 de la Ley Orgánica del Colegio de Abogados y Abogadas de Costa Rica, No. 13 del 28 de octubre de 1941 y sus reformas; así como los términos del contrato Vida Universal Colectivo No. VU Plus-001 con el Instituto Nacional de Seguros, INS; designo **BENEFICIARIOS (AS)** de la Póliza de Vida y Fondo de Retiro a las siguientes personas (si requiere más espacio use el dorso de este documento y lo firma):

NOMBRE (CON DOS APELLIDOS)	No. CEDULA	EDAD	PARENTESCO	%	TELÉFONO
1					
2					
3					
4					
5					

Observaciones: (si no llena este espacio favor poner una o varias X que lo cubra): _____

INFORMACIÓN RELEVANTE QUE USTED DEBE LEER Y CONOCER SOBRE ESTE ASUNTO

1. El primero de noviembre de 1994, se trasladó la administración del Fondo de Mutualidad y Subsidios del Colegio al Instituto Nacional de Seguros, INS, con la contratación de dos pólizas colectivas: Vida + Fondo de Retiro y Gastos Médicos. La póliza de Vida y el Fondo de Retiro se rigen por el contrato Colectivo de Vida Universal Plus No. VU Plus -001 (hasta enero 2020 VUC-001, antes No. PN-060). Los (as) invitamos a leer en la web del Colegio www.abogados.or.cr, el contrato actual, Doc.RR-04 (A,B,C), el resumen informativo Doc. RR-01A y otros documentos afines. El Colegiado/a goza del beneficio de póliza de vida mientras este al día en el pago de la colegiatura.
2. La designación de beneficiarios/as, es una obligación de todos los agremiados/as al incorporarse. Los colegiados/as incorporados antes de noviembre 1994 mantuvieron sin alteración los beneficiarios designados para entonces. Los/as colegiados/as podrán modificar los beneficiarios en cualquier momento, cumplimentando el presente formulario y presentándolo personalmente en el Archivo Central del Colegio u oficinas regionales. También se recibirán formularios que ingresen con firma digital personal al correo archivo@colabogados.cr.
3. La información sobre beneficiarios solo se brindará de manera personal al agremiado/a o a personas debidamente autorizados por éste, mediante poderes especiales o similares. No se brindará información por otros medios. En caso de fallecimiento del agremiado/a, los cónyuges, hijos/as y demás parientes o personas interesadas, podrán presentarse al Colegio, identificarse y se les informará si están o no registrados como beneficiarios del agremiado/a fallecido/a. Sugerimos ver documentos "Procedimiento ... en caso de ... fallecimiento" RR-05 ; "...Incapacidad Total" RR-06 y "...Adelanto por Enfermedad Terminal" RR-07, en la web del Colegio. Los trámites indemnizatorios se presentan exclusivamente en la Oficina de Seguridad Social y Aseguramiento del Colegio en Sede Central en Zapote y/o Sedes regionales del Colegio.
4. El Colegio girará los pagos indemnizatorios exclusivamente a los beneficiarios/as designados/as en este formulario. Si no se indica el porcentaje que le corresponde a cada beneficiario/a, de oficio se girará por partes iguales a los designados/as. Si ha fallecido algún beneficiario/a, se distribuirá a prorrata entre los sobrevivientes. A falta de beneficiarios, los derechohabientes deberán abrir el proceso sucesorio y comunicar al Colegio lo resuelto. Si el agremiado/a tiene cuotas de colegiatura pendientes con el colegio u otros adeudos, serán rebajados de la indemnización. El periodo de prescripción de derechos es de cuatro años, después del evento de muerte, sujeto de cobertura.
5. Para más información dirigirse a: **Oficina de Seguridad Social y Aseguramiento del Colegio de Abogados y Abogadas, a los teléfonos: Central 2202-3600 Ext. 3635, Tel/fax: 2280-7775 y 2234-6202, insabogados@abogados.or.cr**, horario L-V de 8 am a 5 pm.

Estoy informado (a) y solicito que la información suministrada en este formulario por mi persona debe ser utilizada únicamente para los efectos de otorgar los beneficios a las personas aquí designadas y además indico, haber leído y entendido claramente todos los puntos anteriores.

Tel: _____ Fax: _____ Correo electrónico _____

Fecha: _____ hora: _____ y lugar _____ de entrega de este formulario.

Firma _____, No. Cédula _____

ESPACIO PARA USO DEL COLEGIO: _____