



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 18/08/2015)

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. VUC-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 BENEFICIO

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 Vida Universal Colectivo No. VUC-001 (hasta abril 2003 contrato No. PN-060). Los (as) invitamos a leer en la web del Colegio, el contrato actual, Doc.R-4, el resumen informativo Doc. R-1 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 (as) antes de noviembre 1994 mantuvieron sin alteración los beneficiarios designados para entonces. Los (as) colegiados (as) podrán modificar los beneficiarios (as) 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@abogados.or.cr.
3. La información sobre beneficiarios (as) solo se brindará de manera personal al agremiado (a) o a personas debidamente autorizados (as) 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 (as) del agremiado (a) fallecido (a). Sugerimos ver documentos "Trámites por fallecimiento" R-05 y "Beneficio de Incapacidad Total" R-06 de la web. Los trámites indemnizatorios se presentan exclusivamente en la Oficina de Seguridad Social y Aseguramiento del Colegio, acorde con los requisitos que para tales efectos tiene determinado el INS y el 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 (as), los derechohabientes deberán abrir el proceso sucesorio y comunicar al Colegio lo resuelto. El periodo de prescripción de derechos es de cuatro años, después del evento de muerte, sujeto de cobertura.
5. Para mayor información sobre la póliza del INS No. Vida Universal Colectiva VUC-001 y trámites indemnizatorios asociados, 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**. Ver documentos sobre esta y otras pólizas en la web del Colegio www.abogados.or.cr

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.

Firma _____, No. Cédula _____

Tel: _____ Fax: _____ Correo electrónico _____

Fecha, hora y lugar de entrega de este documento: _____

ESPACIO PARA USO DEL COLEGIO: _____