

## Solicitud de liquidación Régimen Obligatorio de Pensiones (ROP)

**a. Si usted es beneficiario de una pensión de un Régimen Básico** por ejemplo IVM de la CCSS, Poder Judicial, Magisterio, puede realizar la solicitud de liquidación enviando al correo electrónico [pensiones@baccredomatic.cr](mailto:pensiones@baccredomatic.cr), los siguientes documentos, que se adjuntan como anexos:

1. Formulario de solicitud de liquidación, firmado por el beneficiario. En caso de existir más de un beneficiario, cada uno deberá completar un formulario. (Anexo 1). En el caso de menores de edad este documento deberá firmarlo el representante legal.

Debido a que la regulación requiere hacer un estudio para definir la modalidad de retiro de los recursos, se requiere también:

2. Formulario de solicitud de pensión complementaria (Anexo 2).

3. Formulario de solicitud de cotización (Anexo 3).

4. Formulario de selección de modalidad de pensión complementaria (Anexo 4).

5. Copia del acta de defunción del afiliado. Si el afiliado falleció en otro país, la copia del acta de defunción se debe presentar debidamente apostillada o consularizada según aplique. Los Documentos Consularizados se deben presentar a la Casa Amarilla (Ministerio de Relaciones Exteriores) para su debida certificación.

6. Cuenta IBAN para el depósito de los recursos.

7. Copia de documento de identidad de los beneficiarios (vigente y legible).

- **Nacionales:** cédula nacional.

- **Extranjeros:** cédula de residencia, permiso laboral o pasaporte.

- **Menor de edad:** certificación de nacimiento emitido por el Tribunal Supremo de Elecciones.

Para beneficiarios de regímenes distintos al IVM de la CCSS:

8. Certificación o constancia de beneficiarios emitida por el régimen correspondiente.

9. Certificación o constancia de beneficiarios con los porcentajes de pensión emitida por el régimen correspondiente.

**b. Si usted no es beneficiario de una pensión ante un régimen básico deberá realizar lo siguiente:**

1. Efectuar la Solicitud del Beneficio de Pensión ante el Régimen Básico donde cotizó el afiliado fallecido. Si el fallecido cotizó para el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte de la CCSS, puede ingresar al sitio web de la CCSS ([www.ccss.sa.cr](http://www.ccss.sa.cr)), en el menú "Servicios en Línea / Pensiones IVM y RNC", para descargar y completar el formulario respectivo, y remitirlo a la dirección electrónica [ivm-servicios@ccss.sa.cr](mailto:ivm-servicios@ccss.sa.cr).

2. Cuando la solicitud de pensión se encuentre aprobada, el beneficiario debe solicitar la certificación o constancia de beneficiarios con los montos de pensión emitida por el régimen correspondiente y la certificación o constancia de beneficiarios con los porcentajes de pensión emitida por el régimen correspondiente (no aplica para beneficiarios del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte de la CCSS).

3. En caso de que en el régimen básico se indique que el fallecido no tiene beneficiarios designados, aplicarán los que estén registrados en la Operadora de Pensiones.

4. Si el afiliado no tiene beneficiarios registrados en la Operadora de Pensiones, el beneficiario deberá presentarse a la respectiva autoridad judicial (Juzgado de Trabajo, Menor Cuantía) para realizar la solicitud.

Posteriormente el Juzgado emitirá una Declaratoria Judicial que será remitida a la Operadora de Pensiones para proceder con el depósito en la cuenta del Juzgado, según sea el número de caso. El juzgado se encargará de pagar a los beneficiarios. Si el juzgado entrega la Declaratoria al beneficiario este deberá enviarla a la Operadora de Pensiones mediante el correo electrónico [pensiones@baccredomatic.cr](mailto:pensiones@baccredomatic.cr) o cualquiera de las sucursales de BACCredomatic.

## Solicitud de liquidación Fondo de Capitalización Laboral (FCL)

1. Los solicitantes del FCL por muerte del afiliado, deben realizar el trámite en primera instancia en el Juzgado de Trabajo de Menor Cuantía.

Posteriormente el Juzgado emitirá una Declaratoria Judicial que será remitida a la Operadora de Pensiones para proceder con el depósito en la cuenta del Juzgado, según sea el número de caso. El juzgado se encargará de pagar a los beneficiarios. Si el juzgado entrega la Declaratoria al beneficiario este deberá enviarla a la Operadora de Pensiones mediante el correo electrónico [pensiones@baccredomatic.cr](mailto:pensiones@baccredomatic.cr) o cualquiera de las sucursales de BACCredomatic.

## Solicitud de Liquidación Régimen Voluntario de Pensiones (RVP)

1. Se entrega a los beneficiarios designados por el fallecido en la Operadora de Pensiones.

### Documentos necesarios:

- a. Copia del acta de defunción del afiliado
  - Si el afiliado falleció en otro país, la copia del acta de defunción se debe presentar con el debido Apostillado. El apostillado se solicita en la Casa Amarilla (Ministerio de Relaciones Exteriores).
- b. Formulario de solicitud de liquidación firmada por el o los beneficiarios. En el caso de menores de edad este documento deberá firmarlo el representante legal. Anexo 1
- c. Cuenta IBAN para el depósito.
- d. Copia de documento de identidad de los beneficiarios (vigente y legible)
  - **Nacionales:** cédula nacional
  - **Extranjeros:** cédula de residencia o pasaporte, (permiso laboral)

- **Menor de edad:** certificación de nacimiento emitido por el Tribunal Supremo de Elecciones


2. En caso que el afiliado no tenga designados beneficiarios en la Operadora de Pensiones, el beneficiario deberá presentarse a la respectiva autoridad Judicial (Juzgado de Trabajo, Menor Cuantía) para realizar la solicitud.

Posteriormente el Juzgado emitirá una Declaratoria Judicial que será remitida a la Operadora de Pensiones para proceder con el depósito en la cuenta del Juzgado, según sea el número de caso. El juzgado se encargará de pagar a los beneficiarios. Si el juzgado entrega la Declaratoria al beneficiario este deberá enviarla a la Operadora de Pensiones mediante el correo electrónico [pensiones@baccredomatic.cr](mailto:pensiones@baccredomatic.cr) o cualquiera de las sucursales de BACCredomatic.

**Nota Importante:** Regímenes Básicos

1. IVM (CCSS) | 2. Magisterio Nacional | 3. Poder Judicial | 4. Bomberos | 5. Hacienda

## Anexo 1

		F-CRI-0000169 - Solicitud De Liquidación Versión 2	
<b>1. DATOS DE LA SOLICITUD</b>			
Fecha de Solicitud:	Sucursal:	Oficial Servicio:	
FECHA EN QUE EL AFILIADO <u>COMPLETA</u> LOS REQUISITOS: _____			
<b>2. DATOS DEL AFILIADO</b>			
Nombre Completo:		Núm. Identificación:	
Correo Electrónico:		Teléfono Particular:	Núm. Celular:
*Dirección Física:		Provincia:	Canton:
		Distrito:	
(*Favor indicar otras señas: Nombre Barrio + Punto de Referencia + Puntos Cardinales + Descripción de la casa) <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/> PADRE</span>			
<b>3. DATOS DE BENEFICIARIO (sólo en caso de Muerte del Afiliado)</b>			
Nombre Beneficiario:		Núm. Identificación:	
<b>4. TIPO DE SOLICITUD (Marque los tipos de fondo que desea retirar)</b>			
<input type="checkbox"/> FONDO CAPITALIZACIÓN LABORAL (FCL)	<input type="checkbox"/> RÉGIMEN OBLIGATORIO PENSIONES (ROP)	<input type="checkbox"/> PENSION VOLUNTARIA / CONTRATO NÚMERO _____	
Indique el monto solicitado: <input type="checkbox"/> TOTAL ACUMULADO <input type="checkbox"/> MONTO PARCIAL:			
<b>5. MOTIVO DE RETIRO</b>			
<input type="checkbox"/> TÉRMINO DE LA RELACIÓN LABORAL	<input type="checkbox"/> PENSIONADO	<input type="checkbox"/> MUERTE DEL AFILIADO	<input type="checkbox"/> CUMPLE PLAZO
<b>6. DATOS PARA EL DEPÓSITO</b>			
Indique <b>SOLAMENTE</b> una de las siguientes formas de pago:			
<input type="checkbox"/> Cuenta IBAN BAC (22 dígitos)			
Núm. Identificación:		<input type="checkbox"/> Colóns <input type="checkbox"/> Dólares	
Nombre Titular Cuenta:			
Número de Cuenta:			
<input type="checkbox"/> Cuenta SINPE IBAN (22 dígitos)			
Núm. Identificación:		Colóns (Solamente)	
Nombre Titular Cuenta:			
Número Cuenta Cliente:			
		• Si desea retirar: <input type="checkbox"/> ÚLTIMO PATRONIO LABORADO <input type="checkbox"/> OTROS PATRIONES ANTERIORMENTE LABORADOS Otros Patronos: _____	
Observaciones del Oficial Servicio al Cliente:			
_____ <b>Firma del Solicitante (Una sola vez)</b>			
Al firmar el afiliado da fe de la veracidad de la información suministrada en el documento por lo que, si las condiciones o cualidades indicadas no se cumplen la Operadora de Pensiones se libera de toda responsabilidad y cualquier inexactitud en la información de la documentación la Operadora tendrá la potestad de invalidar dicho trámite.			
A CONTINUACIÓN: ÚNICAMENTE OBSERVACIONES DE LA OPERADORA DE PENSIONES		Sello de Recibido de la OPC	

## Anexo 2

### Pensiones BAC CREDOMATIC SOLICITUD DE PENSIÓN COMPLEMENTARIA

#### I. PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN

##### 1.1. IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Fecha de Nacimiento	Tipo de Documento de Identidad <input type="checkbox"/> CNA <input type="checkbox"/> CRE <input type="checkbox"/> PEX	N° de Documento de Identidad	Telefono Contactación

##### DOMICILIO PARTICULAR

Barrio	Distrito	Cantón	Provincia
Correo Electronico			

##### 1.2. CAUSAL DE Pensión

Pensión del Afiliado	Beneficio por muerte del Pensionado	Beneficio por Muerte Afiliado	Transmisión Hereditaria
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

##### 1.3. DECLARACIÓN JURADA DE BENEFICIARIOS

<b>Beneficiario 1</b>			
Primer Apellido		<input type="checkbox"/> Conyugue	<input type="checkbox"/> Concubina
Segundo Apellido		<input type="checkbox"/> Hijo	<input type="checkbox"/> Hija
Nombre Completo		<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Madre
<b>Beneficiario 2</b>			
Primer Apellido		<input type="checkbox"/> Conyugue	<input type="checkbox"/> Concubina
Segundo Apellido		<input type="checkbox"/> Hijo	<input type="checkbox"/> Hija
Nombre Completo		<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Madre
<b>Beneficiario 3</b>			
Primer Apellido		<input type="checkbox"/> Conyugue	<input type="checkbox"/> Concubina
Segundo Apellido		<input type="checkbox"/> Hijo	<input type="checkbox"/> Hija
Nombre Completo		<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Madre

Estimado afiliado, le informamos que según el inciso b del art. 5 de la Ley de Certificados, Firmas Digitales y Documentos Electrónicos la declaración o actualización de beneficiarios de los productos de pensión no puede realizarse por medios electrónicos o digitales, por lo que requerimos que este formulario sea firmado de puño y letra. En caso de que dicho proceso se realice mediante firma digital los beneficiarios declarados en el formulario no podrán ser registrados en nuestros sistemas.

##### 1.4. DOCUMENTOS PRESENTADOS

a) AFILIADO	N° de Documento entregado	b) BENEFICIARIOS	N° de Documento entregado
1. Copia del Documento de Identidad		1. Copia de Documento de Identidad	
2. Certificación Original de Pensionado		2. Sentencia Judicial	
3. Copia de la Orden Patronal		3. Otros (especificar)	
4. Otros			

##### 1.4. CONSTANCIA DE RECEPCIÓN DE SOLICITUD CON DOCUMENTACIÓN

Lugar	FECHA (dd/mm/aaaa)
Firma del Solicitante	Sello y Firma del Representa de la OPC / Ejecutivo / OSC
Nombre y Apellidos del Afiliado o Beneficiario	Nombre y Apellidos del Representante OPC / Ejecutivo / OSC
Tipo y Número de Identificación del Afiliado o Beneficiario	Tipo y Número de Identificación del Representante OPC / Ejecutivo / OSC

## Anexo 3

Pensiones		BAC		SOLICITUD DE COTIZACIÓN DE PENSIÓN (Anexo I)					
N° de Solicitud:									
I. PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN									
<b>1.1. IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO</b>									
Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre			
Fecha de Nacimiento		Tipo de Documento Identidad		N° de Documento de Identidad					
		<input type="checkbox"/> CNA <input type="checkbox"/> CRE <input type="checkbox"/> PEX							
<b>DOMICILIO PARTICULAR</b>									
Correo Electrónico:				Teléfono Particular		Número Celular:			
Dirección Física:		Canton		Distrito					
(Favor indicar otras señas: Nombre Barrio + Punto de Referencia + Puntos Cardinales + Descripción de la casa) <input type="checkbox"/> MDCQ <input type="checkbox"/> MDCR									
<b>1.2. PENSIÓN A COTIZAR</b>									
Pensión del Afiliado		Beneficio por muerte del Afiliado		Saldo de la Cuenta Individual *		Moneda			
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> COLONES <input type="checkbox"/> DÓLARES			
* Saldo al último día del mes anterior a la firma de la Solicitud									
<b>1.3. MODALIDADES PREVISIONALES (1)</b>									
Pensión del Afiliado		Renta Vitalicia Previsional		Retiro Programado		Renta Permanente		Renta Temporal Expectativa de Vida Condicionada	
SI		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
NO		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Características Adicionales (2)									
(1) La Operadora deberá cotizar, al menos, las modalidades de Renta Vitalicia, Retiro Programado o Renta Temporal calculada a la expectativa de vida condicionada a todas las Operadoras y compañías de Seguros autorizadas									
(2) Para el caso de Renta Vitalicia Previsional puede indicarse si además desea cotización sobre renta vitalicia previsional con capital protegido o capital garantizado									
<b>1.4. CONSTANCIA DE RECEPCIÓN DE SOLICITUD CON DOCUMENTACIÓN</b>									
Lugar					FECHA (dd/mm/aaaa)				
Firma del Solicitante					Sello y Firma del Representante de la OPC				
Nombre y Apellidos del Afiliado					Nombre y Apellidos del Representante OPC				
Tipo y Número de Identificación del Afiliado					Tipo y Número de Identificación del Representante OPC				

## Anexo 4

I. PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN

**I.1. IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO**

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Fecha de Nacimiento	Tipo de Documento Identidad	N° de Documento de Identidad	
	CNA CRE PEX		

**DOMICILIO PARTICULAR**

<b>Correo Electrónico:</b>				<b>Teléfono Particular</b>			<b>Número Celular:</b>		
<b>Dirección Física:</b>	Provincia		Canton			Distrito			
(*Favor indicar otras señas: Nombre Barrio + Punto de Referencia + Puntos Cardinales + Descripción de la casa)									<input type="checkbox"/> M/IZQ <input type="checkbox"/> M/DER

**I.2. TRANSITORIOS XIX Y XX LEY 7983**

Retiro en 30 meses	Retiro Acelerado	Retiro según cotización al ROP
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Si selecciona Retiro Acelerado también debe seleccionar modalidad en el punto I.3

**I.3. MODALIDAD SELECCIONADA**

Renta Vitalicia	Retiro Programado	Renta Permanente	Renta Temporal Condicionada	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Compañía de Seguros		Operadora de Pensiones		
<input type="checkbox"/> BAC Pensiones <input type="checkbox"/> BCR Pensiones		<input type="checkbox"/> BN Vital <input type="checkbox"/> Popular Pensiones <input type="checkbox"/> CCSS OPC <input type="checkbox"/> VIDA PLENA		

**I.4. DECLARACIÓN DE BENEFICIARIOS: \* Identificar: Cónyuge/ Compañero (as), Hijo(a), Padre/ Madre u otro**

Tipo ID	Número de Identificación	Nombre y Apellidos	Tipo de Beneficiario *	Porcentaje	N° de Teléfono

Estimado afiliado, le informamos que según el inciso b del art. 5 de la Ley de Certificados, Firmas Digitales y Documentos Electrónicos la declaración o actualización de beneficiarios de los productos de pensión **no puede realizarse por medios electrónicos o digitales**, por lo que requerimos que este formulario sea firmado de **punta y letra**. En caso de que dicho proceso se realice mediante firma digital los beneficiarios declarados en el formulario **no podrán ser registrados** en nuestros sistemas.

**I.5. CONSTANCIA DE RECEPCIÓN DE SOLICITUD CON DOCUMENTACIÓN**

<b>Lugar</b>	<b>FECHA (dd/mm/aaaa)</b>
<b>Firma del Solicitante</b>	<b>Sello y Firma del Representante de la OPC / Ejecutivo / OSC</b>
<b>Nombre y Apellidos del Afiliado o Beneficiario</b>	<b>Nombre y Apellidos del Representante OPC / Ejecutivo / OSC</b>
<b>Tipo y Número de Identificación del Afiliado o Beneficiario</b>	<b>Tipo y Número de Identificación del Representante OPC/Ejecutivo /OSC</b>