



COLEGIO DE INGENIEROS Y AGRIMENSORES DE PUERTO RICO

P.O. BOX 363845 • San Juan, Puerto Rico 00936-3845

Tel. 787-758-2250 • Fax 758-7639/756-8692

Dear Collegiate:

It is with great pride and pleasure that we welcome you to this noble institution that for almost eight decades has served Puerto Ricans and the professionals that comprise it.

Attached you will find the Application for Membership and requirements to belong to the College of Engineers and Surveyors of Puerto Rico. You can send this by regular mail or by email to finanzas@ciapr.org.

1- Complete the Application.
Instructions:

2- Complete the document of Triple S Vida (Designation of Beneficiaries life insurance for family members or the people selected). **This is a benefit to the collegiate which must be signed and does not entail additional charges.** If you do not want the benefit, you must send the document indicating decline in any part of the sheet.

3- Deliver the following documents to us:

a-Copy of your letter from the Board Examiners of Engineers and Surveyors of Puerto Rico, indicating your license number.

b-Copy of your bachelor degree diploma.

c-One photo 2x2

d-Copy of your driver's license or any ID card.

4- For the membership fee you must call to our office at 758-2250 option 1, the options are VISA, Master Card or send a money order or check payable to the order CIAPR if it send by regular mail.

WELCOME!



COLEGIO DE INGENIEROS Y AGRIMENSORES DE PUERTO RICO

P.O. BOX 363845 • San Juan, Puerto Rico 00936-3845

Tel. 787-758-2250 • Fax 758-7639/756-8692

MEMBERSHIP APPLICATION FORM

Last Name _____ First Name _____ Initial _____

Street Address _____

Mailing Address _____

E-Mail Address _____

Movil Phone ____ / ____ / ____ Office Phone ____ / ____ / ____

Date of Birth ____ / ____ / ____ Birth Place _____
Month Day Year

University where graduated _____
Graduation date _____

() Attended Fundamental Review Course. Where? _____
() Attended Professional Review Course. Where? _____

Profession: Engineer in Training (EIT) _____ Surveyor in Training (SIT) _____
Professional Engineer (PE) _____ Professional Surveyor (PS) _____

Specialty _____
(Civil, Chemical, Mechanical, Industrial, Electrical, Computer, Environmental or Surveyor)

License Number: _____

Certificate Number: _____

Date when the Board of Examiners issued the License or Certificate _____

Marital Status _____ Last 4 digits of S.S Number(required) _____

Spouse Name: _____

Date

Sign

Solicitud de Seguro de Vida e Incapacidad

PATRONO	1.Nombre de la Compañía COLEGIO DE INGENIEROS Y AGRIMENSORES DE PR	2. Código del Cliente 12998	2.1 Localización N/A	3. Clasificación del Empleado N/A	4. Ingreso Anual N/A												
	5. Trabaja por lo menos 30 horas semanales a tiempo completas con este patrono. N/A	6. Fecha de COLEGIADO Día Mes Año		7. Ocupación # Lic. o Cert.	8. Genero Masculino ☐ Femenino ☐												
EMPLEADO	9. Apellidos Nombre		10. Casado ☐ Soltero ☐		11. Fecha de Nacimiento Día Mes Año												
	14. Cubiertas solicitadas VIDA				13. Número Seguro Social _____-_____-_____												
DESIGNACION DE BENEFICIARIOS																	
15. Por la presente autorizo a Triple S Vida, Inc. que designa en mis cubiertas aquí solicitadas, como beneficiarios a las siguientes personas:																	
<table><thead><tr><th>Nombre (completo con dos apellidos)</th><th>Parentesco</th><th>Cantidad (%)</th></tr></thead><tbody><tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr></tbody></table>						Nombre (completo con dos apellidos)	Parentesco	Cantidad (%)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Nombre (completo con dos apellidos)	Parentesco	Cantidad (%)															
_____	_____	_____															
_____	_____	_____															
_____	_____	_____															
DESIGNACION DE BENEFICIARIOS CONTINGENTE(S)																	
<table><thead><tr><th>Nombre (completo con dos apellidos)</th><th>Parentesco</th><th>Cantidad (%)</th></tr></thead><tbody><tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr></tbody></table>						Nombre (completo con dos apellidos)	Parentesco	Cantidad (%)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Nombre (completo con dos apellidos)	Parentesco	Cantidad (%)															
_____	_____	_____															
_____	_____	_____															
_____	_____	_____															
AVISO LA LEY NÚM 18 DEL 8 DE ENERO DE 2004 ADVIERTE A TODA PERSONA LO SIGUIENTE “CUALQUIER PERSONA QUE A SABIENDAS Y QUE CON LA INTENCIÓN DE DEFRAUDAR PRESENTE INFORMACIÓN FALSA EN LUNA SOLICITUD DE SEGURO O QUE PRESENTE AYUDARE O HICIERE PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN FRAUDULENTO PARA EL PAGO DE UNA PERDIDA U OTRO BENEFICIO O PRESENTARE MÁS DE UNA RECLAMACIÓN POR UN MISMO DAÑO O PERDIDA, INCURRIRÁ EN DELITO GRAVE Y CONVICTO QUE FUERE SERÁ SANCIONADO POR CADA VIOLACIÓN CON PENA DE MULTA N MENOR DE CINCO MIL (5,000) DÓLARES; NI MAYOR DE DIEZ MIL (10,000) DÓLARES O PENA DE RECLUSIÓN POR UN TÉRMINO FIJO DE TRES (3) AÑOS, O AMBAS PENAS DE MEDIAR CIRCUNSTANCIAS AGRAVANTES LA PENA FIJA ESTABLECIDA PODRÁ SER AUMENTADA HASTA UN MÁXIMO DE CINCO (5) AÑOS; DE MEDIAR CIRCUNSTANCIAS ATENUANTES; PODRÁ SER REDUCIDA HASTA UN MÍNIMO DE DOS (2) AÑOS.																	
17. Certifico que las aseveraciones antes hechas son ciertas y completas. Autorizo a mi patrono a hacer las deducciones de mi salario para las aportaciones necesarias, si algunas, para las cubiertas solicitadas.																	
_____		_____		_____													
Testigo de la Firma		Fecha		Firma													