



# COLEGIO DE INGENIEROS Y AGRIMENSORES DE PUERTO RICO

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

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

**Estimado(a) Colegiado(a):**

Con sumo orgullo y placer le damos la bienvenida a esta noble institución que durante ocho décadas le ha servido a los puertorriqueños y a los profesionales que la componen.

Adjunto encontrará la Solicitud de Colegiación y requisitos para pertenecer al Colegio de Ingenieros y Agrimensores de Puerto Rico. La cual puede enviar por correo postal o vía email a: [finanzas@ciapr.org](mailto:finanzas@ciapr.org).

**Instrucciones:**

1. Completar la Solicitud de Ingreso.
2. Completar el documento de Designación de Beneficiarios por muerte. Este documento **es un beneficio al colegiado** el cual debe estar firmado y **no conlleva cargos adicionales**.
3. Entregar los siguientes documentos originales para nosotros sacarle copia:
  - Copia de su aprobación otorgada por la Junta Examinadora de Ingenieros y Agrimensores como ingeniero o agrimensor.
  - Copia original de su Diploma o Certificación de Graduación de Universidad.
  - Una foto 2x2
  - Una identificación con retrato preferiblemente licencia de conducir.
4. Puede llamar a nuestras oficinas para recibir información sobre la cantidad a pagar. El pago lo puede hacer mediante cheque, giro o tarjeta de crédito (visa, mastercard o ATH).

**BIENVENIDO!**





Fecha en que le fue otorgada la Licencia o el Certificado de Ingeniero o Agrimensor por la Junta Examinadora \_\_\_\_\_

Fecha en que expira su Licencia o el Certificado de Ingeniero en Entrenamiento \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_ Num. Seg Social ultimos 4 " \_\_\_\_\_ "

Impedimentos: \_\_\_\_\_

Miembros de su Familia:  
Nombre Cónyuge \_\_\_\_\_ Num. S.S \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ -

Hijos:

Nombre	Fecha de Nacimiento	ultimos 4 Núm Seg Social
_____	_____	_____ - _____
_____	_____	_____ - _____
_____	_____	_____ - _____
_____	_____	_____ - _____
_____	_____	_____ - _____

Lugar de Empleo

\_\_\_\_\_ Empresa Privada      \_\_\_\_\_ Gobierno      \_\_\_\_\_ Empresa Propia

Posición: \_\_\_\_\_

Tipo de Empresa (Diseño, Construcción, Manufactura, etc.) \_\_\_\_\_

Nombre de la Empresa: \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_

Dirección Física: \_\_\_\_\_

Dirección Electronica: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Fecha

\_\_\_\_\_ Firma



VIDA

TRIPLE-S VIDA, INC

PO BOX 363786

SAN JUAN, PR 00936-3786

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 <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>
EMPLEADO	9. Apellidos Nombre		10. Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/>		11. Fecha de Nacimiento Día Mes Año
	14. Cubiertas solicitadas VIDA	12. Dirección Postal Zip Code	Teléfono:		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:					
<u>Nombre (completo con dos apellidos)</u>		<u>Parentesco</u>		<u>Cantidad (%)</u>	
_____		_____		_____	
_____		_____		_____	
_____		_____		_____	
DESIGNACION DE BENEFICIARIOS CONTINGENTE(S)					
<u>Nombre (completo con dos apellidos)</u>		<u>Parentesco</u>		<u>Cantidad (%)</u>	
_____		_____		_____	
_____		_____		_____	
_____		_____		_____	
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 FRAUDULENTE 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	