



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 casi siete 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.

Instrucciones:

1. **Completar la Solicitud de Ingreso.**
2. **Completar el documento de Designacion de Beneficiarios por muerte.**
3. **Entregar los siguientes documentos originales para nosotros sacarle copia:**
 - **Copia de su Certificad/Licencia que le acredite como ingeniero/agrimensor, otorgado por la Junta Examinadora.**
 - **Original de su Diploma o Certificacion de Graduación de Universidad.**
 - **Una foto 2x2**
 - **Una identificación con retrato preferiblemente licencia de conducir.**
 - **Puede llamar a nuestras oficinas para recibir información sobre la cantidad a pagar y el pago lo puede hacer mediante cheque, giro o tarjeta de credito (visa, mastercard o ATH).**

BIENVENIDO!



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

SOLICITUD DE INGRESO

Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Nombre _____ Inicial _____

Dirección Residencial _____

Dirección Postal _____

Dirección Electronica _____

Teléfono Residencial _____ Teléfono Oficina _____ Fax _____

Fecha de Nacimiento _____ / _____ / _____
Mes Día Año Lugar de Nacimiento

Nombre Universidad donde terminó sus estudios _____

Otras Instituciones Universitarias a las que asistió:

Nombre	Título Obtenido
_____	_____
_____	_____

Fecha de Graduación _____

() Asistí a Repaso de Revalida Fundamental: Institución: _____

() Asistí a Repaso de Revalida Profesional: Institución: _____

Profesión: Ingeniero en Entrenamiento () Agrimensor en Entrenamiento

()
Ingeniero Licenciado () Agrimensor Licenciado ()

Especialidad _____ Otro _____
(Civil, Químico, Mecánico, Industrial, Electricista, Computadora y Telemática)

Certificado Numero: _____

Licencia Número : _____



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 _____ - _____ - _____

Impedimentos: _____

Miembros de su Familia:

Nombre Cónyuge _____ Num. S.S _____ - _____ - _____

Hijos:

Nombre	Fecha de Nacimiento	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



TRIPLE-S VIDA, INC.
 P. O. BOX 363786
 SAN JUAN, P. R. 00936-3786

Solicitud de Seguro de Vida e Incapacidad

PATRONO	1. Nombre de la Compañía COLEGIO DE INGENIEROS Y AGRIMENSORES 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 Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	6. Fecha de COLEGIADO Dia Mes Año	7. Ocupación	8. Género 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 Dia Mes Año
	12. Dirección Postal	Zip Code	Teléfono	13. Número de Seguro Social

Vida

14. Cubiertas Solicitadas

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

15. Por la presente autorizo a Triple-S Vida, Inc. que designe en mis cubiertas aquí solicitadas, como beneficiarios a las siguientes personas:

Nombre (completo con dos apellidos)	Parentesco	Cantidad (%)
		100%

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS CONTINGENTE (S)

Nombre (completo con dos apellidos)	Parentesco	Cantidad (%)
		100%

AVISO

LA LEY NÚM. 18 DEL 9 DE ENERO DE 2004 ADVERTIRTE A TODA PERSONA LO SIGUIENTE: "CUALQUIER PERSONA QUE A SABIEDAS Y QUE CON LA INTENCIÓN DE DEFRAUDAR PRESENTE INFORMACIÓN FALSA EN UNA SOLICITUD DE SEGURO O QUE PRESENTARE AYUDARE O HICIERE PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN FRAUDULENTO PARA EL PAGO DE UNA PÉRDIDA U OTRO BENEFICIO, O PRESENTARE MÁS DE UNA RECLAMACIÓN POR UN MISMO DAÑO O PÉRDIDA, INCURRIRÁ EN DELITO GRAVE Y CONVICTO QUE FUERE, SERÁ SANCIONADO, POR CADA VIOLACIÓN CON PENA DE MULTA NO MENOR DE CINCO MIL (5,000) DÓLARES, NI MAYOR DE DIEZ MIL (10,000) DÓLARES O PENA DE RECLUSIÓN POR UN TÉRMINO PLAZO DE TRES (3) AÑOS, O AMBAS PENAS. DE MEDIAN CIRCUNSTANCIAS AGRAVANTES, LA PENA PLAZO ESTABLECIDA PODRÁ SER AUMENTADA HASTA UN MÁXIMO DE CINCO (5) AÑOS; DE MEDIAN 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