

No. _____

SOLICITUD DE SUBSIDIO MÉDICO

Requisitos Subsidio Médico

1. No haber recibido subsidio durante el año calendario, por alguno de estos conceptos.
2. Llenar debidamente y presentar el formulario de solicitud de subsidio.
3. Presentar factura original cancelada y fotocopia de la misma a nombre de la persona asociada.
4. La factura no debe tener más de dos meses de emitida al momento de presentarla.
5. Fotocopia por ambos lados de la cédula de identidad.

DATOS PERSONALES DE LA PERSONA ASOCIADA

Nombre	Primer apellido	Segundo Apellido				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
Cédula:	<input type="text"/>	Celular: <input type="text"/>				
Teléfono	<input type="text"/>	E-mail: <input type="text"/>				
Jubilado de:	UCR <input type="checkbox"/>	UNA <input type="checkbox"/>	TEC <input type="checkbox"/>	UNED <input type="checkbox"/>	CONARE <input type="checkbox"/>	UTN <input type="checkbox"/>

Filial a la que pertenece:

Favor marcar el subsidio que solicita:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Compra de lentes | <input type="checkbox"/> Compra de audífonos |
| <input type="checkbox"/> Consulta médica | <input type="checkbox"/> Tratamiento Odontológico |
| <input type="checkbox"/> Exámenes de laboratorio | <input type="checkbox"/> Compra de prod. Farmacéuticos |
| <input type="checkbox"/> Gastos de hospitalización | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Recibido por: _____

Fecha: _____

Hora: _____

Firma: _____

Firma persona asociada:

Fecha

Aprobado por: _____ Fecha _____

AUTORIZACION PARA HACER TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA DE FONDOS (TEF)

Yo _____, portador (a) de la cédula de identidad número _____, autorizo a AFUP a hacer TEF del subsidio a la cuenta # _____, del Banco _____ a mi nombre, a la vez autorizo que en caso de no ser cuenta del BNCR (corriente o ahorros) se deduzcan \$2 del monto a depositar por comisión de transferencia Sinpe.

_____ FIRMA

Observaciones:

FONDO DE MUTUALIDAD
Cotización Mínima de 6 meses

AÑO	MES	MONTO
	Enero	
	Febrero	
	Marzo	
	Abril	
	Mayo	
	Junio	
	Julio	
	Agosto	
	Septiembre	
	Octubre	
	Noviembre	
	Diciembre	

Funcionario que revisa: _____