

Fondo de Mutualidad

No. _____

SOLICITUD DE SUBSIDIO MÉDICO

Requisitos Subsidio Médico

1. Estar al día con el aporte mensual de ₡1.000 al Fondo de Mutualidad.
2. No haber recibido subsidio médico durante el año calendario en curso.
3. Completar debidamente y presentar este formulario de solicitud de subsidio.
4. Presentar factura electrónica cancelada, emitida a nombre de la persona asociada, con antigüedad no mayor a dos meses de emitida al momento de su presentación.
5. Fotocopia por ambos lados de la cédula de identidad.

Al día cuotas FM Monto pendiente: _____
 Cotización últimos 6 meses Doc. completos Encargada revisión: _____

Datos personales de la persona asociada

Nombre _____ Primer apellido _____ Segundo Apellido _____
 Cédula: _____ Teléfono: _____
 Celular: _____ Fax: _____ E-mail: _____
 Jubilado de: UCR UNA ITCR UNED CONARE
 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 productos farmacéuticos
<input type="checkbox"/> Gastos de hospitalización	<input type="checkbox"/> Otro _____

Recibido por: _____

Fecha: _____

Firma persona asociada: _____

Fecha _____

Aprobado por: _____ Fecha _____

AUTORIZACIÓN 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 IBAN #_CR _____ del Banco _____ a la vez autorizo que en caso de no tener cuenta del BNCR (corriente o ahorros), se deduzcan \$2 del monto a depositar por comisión de transferencia SINPE.

De igual forma, autorizo que, en caso de mantener algún monto pendiente correspondiente al aporte mensual de ₡1000 del Fondo de Mutualidad, sea deducido del subsidio.

FIRMA

Observaciones: _____