

Fecha _____

Señores
Fondo Social
Empleados de la UCR

SBFPM

**FORMULARIO BENEFICIO POR FALLECIMIENTO DE
PADRE/ MADRE**

En calidad de asociado (a), de nombre _____ con cédula de
identidad número _____; presento la solicitud formal por el fallecimiento de mi
padre () , madre () de nombre _____, de cédula de
identidad número _____, cuyo fallecimiento fue el _____ .

Con las causas de muerte, que se indican a continuación (Indicar todas las causas que aparecen en
la certificación de defunción emitido en el Registro Civil):

La persona fallecida, fue atendida en vida, en los siguientes centros médicos:

Nombre completo de persona asociada: _____

Firma (como firma en la cédula de identidad): _____

Número de cédula (Indicar los 9 dígitos de la cédula): _____

Documentos a presentar: *1-Formulario beneficio por fallecimiento de padre/madre. 2-Fotocopias de las cédulas de identidad de la persona fallecida y asociada.3-Fotocopia legible y completa de Acta de defunción que entrega el centro médico o el Doctor si la persona falleció en la casa de habitación.4- Certificado de defunción emitido por el registro civil, con todas las causas de muerte.*