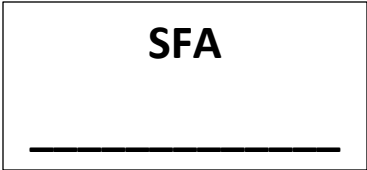


Fecha _____

Señores
Fondo Social de
Empleados de la UCR



**FORMULARIO BENEFICIO POR FALLECIMIENTO DE
PERSONA ASOCIADA**

En calidad de beneficiario (a), de nombre _____ con cédula de identidad número _____; presento la solicitud formal por el fallecimiento de la persona asociada titular, a la Asociación Fondo Social de Empleados de la Universidad de Costa Rica; 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 beneficiaria: _____

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 persona asociada. 2- Fotocopias de las cédulas de identidad de la persona fallecida y beneficiaria. 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.