



Fondo de Mutualidad y Subsidios
Solicitud de subsidio por enfermedad grave

Código:
FMS-02
Versión: 2
15 de diciembre de 2021

Señores Junta Directiva COLYPRO:

Por este medio, yo:

CC:

cédula:

con N° Carné:

Dirección:

Provincia

Cantón

Distrito

Otros señas:

Dirección exacta

Teléfono Habitación:

Teléfono Celular:

Correo electrónico:

Recepción de documentos:

Requisitos de Subsidio:

Sí

No

Original y Copia de la cédula de la persona Colegiada

Epicrisis (con su respectiva firma y sello), certificado, constancia o dictamen médico original (Emitido por la CCSS / 3 meses de vigencia, con su respectiva firma, timbres y sello)

Requisitos adicionales

Solicitud realizada por un tercero

Copia de la cédula de la persona autorizada a entregar los documentos.

Autorización escrita con la firma del colegiado autenticada por un notario.

Poder Generalísimo o Especialísimo (otorgado por el colegiado)

Solicitud virtual (on-line)

Declaración jurada (F-FMS-06)

Nombre del Banco o entidad financiera

Número de cuenta BNCR (15 dígitos) / otras entidades financieras Cuenta IBAN (22 dígitos):

Firma del solicitante: _____

Fecha de solicitud: _____

Para uso exclusivo de la plataforma de servicios

Estado de cuenta al día (impreso al mes anterior a la de la solicitud)

SI

NO

Observaciones:

Plataforma:

Recibido por:

Fecha de solicitud:

Todo trámite queda sujeto a estudio
Artículo 3: El subsidio económico se entregará por una sola vez a la persona colegiada.

Espacio exclusivo para la Comisión del FMS

Cumple: Sí No

Sesión N° _____

Fecha: _____

Acuerdo: _____

Monto: ₡ _____

Enfermedad: _____

Observaciones:

V°B° Analista FMS

V°B° Encargado de Cobros

V°B° Jefatura Financiera