



Fondo de Mutualidad y Subsidios
Solicitud de subsidio por muerte de familiar

Código:
F-FMS-01
Versión:4
Enero 2025

Señores Junta Directiva COLYPRO:

Por este medio, yo:

CC:

Cédula:

Con N° carné:

Dirección:

Provincia

Cantón

Distrito

Dirección exacta

Teléfono Habitación:

Teléfono Celular:

Correo electrónico:

Recepción de documentos:

Declaración jurada para comprobar parentesco

Advertido (a) y entendido (a) de las penas con que el ordenamiento jurídico costarricense castiga los delitos de Falso Testimonio, Perjurio y de las responsabilidades civiles que pueden derivar de este acto, declaro bajo la fe de juramento; ser _____ (parentesco), de: _____
(nombre completo de la persona fallecida), cédula: _____, fallecido (a) el día: _____. ES TODO.

Requisitos de Subsidio:

Sí

No

- Copia confrontada de la cédula de la persona colegiada. ☐ ☐
- Informe registral de nacimiento del T.S.E. o documento probatorio de nacimiento, válido y/o apostillado. ☐ ☐
- Informe registral de viudez del T.S.E. o documento probatorio de viudez, válido y/o apostillado. ☐ ☐
- Informe registral de defunción del T.S.E. o documento probatorio de defunción, válido y/o apostillado. ☐ ☐

Solicitud realizada por un tercero

- Autorización escrita dirigida a COLYPRO firmada por la persona colegiada. ☐ ☐
- Copia de la cédula de la persona colegiada. ☐ ☐
- Copia confrontada de la cédula de la persona autorizada a entregar los documentos. ☐ ☐

O en su defecto:

- Poder Generalísimo o Especialísimo original (otorgado por la persona colegiada). ☐ ☐

Solicitud virtual (on-line)

- Declaración jurada para entrega de documentos (F-SC-07). ☐ ☐

Nombre del Banco o entidad financiera

Número de cuenta IBAN (22 dígitos) del BNCR u otra entidad financiera:

Firma del solicitante: _____ Fecha de solicitud: _____

Para uso exclusivo de la plataforma de servicios

Estado de cuenta al día (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: _____

Monto: ₡ _____

Observaciones:

V°B° Analista FMS

V°B° Encargado de Cobros

V°B° Jefatura Financiera