

DESIGNACIÓN DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

El suscrito en pleno uso de mis facultades, de acuerdo con el Capítulo III, Artículo 20, inciso c) del Estatuto del Fondo de Mutualidad de Empleados de la Universidad de Costa Rica, declaro a las siguientes personas como asegurados dependientes del subsidio respectivo. Solo yo podré realizar cualquier modificación de esta designación.

ASEGURADOS DEPENDIENTES	USO DEL FOMEUCR	
	Monto a Pagar	Fecha

Nombre del padre	No. Cédula	Fecha. Nacimiento	Edad		
Nombre de la madre	No. Cédula	Fecha. Nacimiento	Edad		
Nombre del cónyugue	No. Cédula	Fecha. Nacimiento	Edad		
Hijo	No. Cédula	Fecha. Nacimiento	Edad		
Hijo	No. Cédula	Fecha. Nacimiento	Edad		
Hijo	No. Cédula	Fecha. Nacimiento	Edad		
Hijo	No. Cédula	Fecha. Nacimiento	Edad		

Firma del Afiliado:	Fecha:
----------------------------	---------------

ESPACIO PARA OBSERVACIONES (Para uso del FOMEUCR)

APROBADO EN SESIÓN DE JUNTA DIRECTIVA N° :