



FONDO DE MUTUALIDAD DE

EMPLEADOS DE LA UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

Afiliado Activo
Afiliado Pensionado
Fecha ingreso UCR
Fecha ingreso al Fondo

TARJETA DE AFILIACIÓN, REGISTRO Y CONTROL

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre Completo	No. De Cédula
Fecha de Nacimiento	Estado Civil	Lugar de Trabajo	Teléfono Casa
Teléfono Oficina	Teléfono Celular	Correo Electrónico	Apartado Postal
Provincia	Cantón	Distrito	

Dirección (otras señas):

BENEFICIARIOS: En caso de mi fallecimiento autorizo expresamente para el retiro del subsidio a:

1. _____
2. _____
3. _____

Asimismo, declaro conocer y aceptar en todos sus términos y alcances el Estatuto del Fondo de Mutualidad de Empleados de la Universidad de Costa Rica. Igualmente, en pleno uso de mis facultades declaro que las personas anotadas en esta tarjeta de afiliación, registro y control serán sujeto de mi voluntad para el pago del subsidio correspondiente. Sólo yo podré modificar los beneficiarios completando una nueva tarjeta de afiliación vía página web fome.ucr.ac.cr y/o de forma física.

Firma del afiliado

Fecha

Vo.Bo. Presidente FOMEUCR

Vo.Bo. Secretario

Fecha

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 cónyuge	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° :