

1. Datos del miembro

Cédula: Carné: Fecha de nacimiento:

Primer Apellido: Segundo Apellido: Nombre:

Teléfono Oficina: Ext.: Fax: Teléfono Habitación: Celular:

Correo electrónico: Fecha de Incorporación:

Dirección:

2. Datos del (los) beneficiario (s)

Si el beneficiario es menor de edad, se deberá abrir una sucesión judicial para que un Juez ordene el depósito de los dineros y nombre un albacea.

Nombre completo:	Parentesco	N° de Cédula	Fecha de Nacimiento	% a otorgar
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

OBSERVACIONES:

Si a la fecha de la Mutualidad hubiese fallecido el primer beneficiario arriba descrito, ésta le corresponderá al segundo beneficiario y así sucesivamente, salvo lo que a continuación consigno:

Acepto que la información contenida en esta boleta es privada y solo yo puedo pedir su consulta o realizar modificaciones en ella. El Régimen queda autorizado para que se entregue información detallada en esta boleta a terceros, solamente en caso de mi fallecimiento.

En fe de lo expuesto y con la firma de este documento, se anula cualquier otro con fecha anterior:

Dado en _____ a las _____ horas, del día ____ del mes de _____ del año _____.

FIRMA: _____

Asimismo, hago constar que no dispondré de este beneficio en ningún testamento y en caso de hacerlo, dicha disposición no tendrá validéz alguna y el Régimen deberá sujetarse a lo aquí establecido. Me reservo el derecho de cambiar los beneficiarios aquí indicados, lo cual indispensablemente lo deberé realizar por escrito y directamente ante el Régimen de Mutualidad

Espacio para uso del Régimen de Mutualidad del C.F.I.A.

Fecha de inclusión: _____ Fecha de cambio: _____

Información para llenar la Boleta Mutualidad al dorso.

1. Datos personales.

1. Completar todos los espacios con letra legible y preferiblemente con lapicero azul.
2. N° de carné y fecha de incorporación: se detalla en el carné del CFIA
3. Las boletas deben estar debidamente firmadas.

2. Beneficiarios.

1. Anotar al menos a una persona (se recomienda nombrar a varios beneficiarios ya que en caso de fallecimiento del único beneficiario los demás familiares deben iniciar un juicio sucesorio para reclamar el beneficio).
2. % a otorgar: Puede ser distribuido entre todos los beneficiarios (en este caso se debe especificar en el apartado de observaciones que en caso de fallecimiento de algún beneficiario otorgar el % entre los que queden vivos) o bien se puede designar el 100% a cada uno como bien lo disponga.
3. Si se trata de un único beneficiario, se le entregará la totalidad (100%)

Otras indicaciones.

- a. No se aceptan boletas incompletas, con borrones o algún tipo de alteración.
- b. La información consignada en la boleta se puede variar en el momento que lo considere necesario.

Este documento puede ser entregado en las OFICINAS DEL RÉGIMEN DE MUTUALIDAD, EN EL C.F.I.A., EN LAS SEDES EXTERNAS O AL APARTADO 2346-1000 SAN JOSE, CON COPIA DE CÈDULA.