	<b>SOLICITUD FONDO MUTUALIDAD</b>	A-USA-F15	
	UNIDAD SERVICIO AL ASOCIADO	Consecutivo: 1 de 1	Edición: 02

<b>Fecha solicitud</b>

**DATOS DEL ASOCIADO**

Nombre	Primer apellido	Segundo apellido	Cédula

**DATOS SOLICITANTE (completar en caso de fallecimiento de asociado)**

Nombre	Primer apellido	Segundo apellido	Cédula
Teléfono domicilio	Celular	Correo electrónico	Número cuenta IBAN


**SELECCIONE EL MOTIVO DE SOLICITUD DEL FONDO MUTUALIDAD**

<input type="checkbox"/>	Muerte del asociado
<input type="checkbox"/>	Muerte del cónyuge
<input type="checkbox"/>	Muerte de hijos
<input type="checkbox"/>	Muerte de padres

<input type="checkbox"/>	Robo de vivienda
<input type="checkbox"/>	Incendio y otros siniestros
<input type="checkbox"/>	Desastres naturales
<input type="checkbox"/>	Enfermedad terminal asociado

**CAUSA DE MUERTE (completar en caso de solicitud por fallecimiento de asociado o familiar)**

<input type="checkbox"/>	Enfermedad
<input type="checkbox"/>	Muerte natural
<input type="checkbox"/>	Accidente
<input type="checkbox"/>	Otro: _____ _____

	<b>SOLICITUD FONDO MUTUALIDAD</b>	Código: A-USA-F15	
	UNIDAD SERVICIO AL ASOCIADO	Consecutivo: 2 de 1	Edición: 02

Declaro bajo la fe de juramento y conocedor de las penas con que se castiga el delito de falso testimonio que los datos consignados en la presente solicitud ante ASOBANCOSTA son ciertos y verdaderos, y que en caso de que alguno de ellos resultare impreciso o no corroborable provocará la anulación de la presente solicitud de manera inmediata.

Firma del solicitante	Revisado	Autorizado

Trámite sujeto al cumplimiento de los requisitos establecidos en el Reglamento del Fondo de Mutualidad

Para consultas de este beneficio puede escribirnos al correo [beneficios@asobancosta.com](mailto:beneficios@asobancosta.com) o llamarnos al teléfono 2542-4216.