



Fondo de Mutualidad y Subsidios  
Solicitud del Fondo Mutual

Código:  
**F-FMS-04**  
Versión:4  
Enero 2025

Señores Junta Directiva COLYPRO:

Por este medio, yo:

cédula:

Conocido como:

Dirección:

Provincia

Cantón

Distrito

Otras señas:

Teléfono Habitación:

Teléfono Celular:

Correo electrónico:

Solicito el fondo de mutualidad de quien en vida se llamó:

Conocido como:

cédula:

N° Carné del Colegiado(a):

Recepción de documentos:

Presencial

Virtual

**Se adjunta lo siguiente:**

**Sí**

**No**

- Copia confrontada de la cédula de la persona Beneficiaria.  Sí  No
- Informe registral de defunción del T.S.E. de la persona colegiada o documento probatorio de defunción válido y/o apostillado.  Sí  No

**Requisitos adicionales**

**Solicitud realizada por un tercero**

- Autorización escrita con la firma del beneficiario autenticada por un notario.  Sí  No
- Copia confrontada de la cédula de la persona autorizada en entregar los documentos.  Sí  No

**Beneficiario menor de edad o con alguna discapacidad**

- Informe registral de nacimiento del T.S.E. o documento probatorio de nacimiento válido y/o apostillado.  Sí  No
- Documento idóneo que demuestre la patria potestad del menor de edad o los alcances otorgados judicialmente sobre la persona con la condición de discapacidad.  Sí  No

**Beneficiario fuera del país**

- Certificación original del poder emitido por el Registro Público, (vigencia de (8) días naturales a partir de la fecha de expedición), donde haga constar su condición de apoderado y los alcances de dicho poder.  Sí  No

**O en su defecto**

- Poder especial protocolizado original.  Sí  No

**Herederero declarado en un proceso sucesorio, judicial o notarial**

- Declaratoria de herederos o documento legal idóneo que demuestre su legitimidad para actuar como beneficiario, en papel de seguridad del notario responsable del proceso.  Sí  No

**Solicitud virtual (on-line)**

- Declaración jurada para entrega de documentos (F-SC-07).  Sí  No

Nombre del Banco o entidad financiera

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

En caso que los requisitos solicitados en este documento no fuesen presentados en forma completa, a partir de este acto, se otorgará un plazo de 10 días hábiles para completar el trámite. Una vez transcurrido el plazo establecido, se declarará de oficio archivado el trámite correspondiente. (Art. 6 de la Ley de Protección al Ciudadano del Exceso de Requisitos y Trámites Administrativos)

**Artículo 6: Se girará el pago de la póliza señalado en el artículo 3, siempre y cuando el colegiado no tuviese más de tres cuotas atrasadas a la fecha del fallecimiento. \*Todo trámite queda sujeto a estudio\***

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha de solicitud:

**Para uso exclusivo de la plataforma de servicios**

Estado de cuenta al día (al mes anterior a la defunción)

SI

NO

Observaciones:

\_\_\_\_\_  
Plataforma:

\_\_\_\_\_  
Recibido por:

\_\_\_\_\_  
Fecha de solicitud:

**Espacio exclusivo para la Comisión del FMS**

Cumple: Sí  No

Sesión N°: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha de fallecimiento: \_\_\_\_\_

Monto actual del Fondo Mutua: \_\_\_\_\_

Monto: ₡ \_\_\_\_\_

Porcentaje: \_\_\_\_\_

Pagado a: \_\_\_\_\_

En calidad de: \_\_\_\_\_

Cédula: \_\_\_\_\_

Observaciones:

\_\_\_\_\_  
V°B° Analista FMS

\_\_\_\_\_  
V°B° Encargado de Cobros

\_\_\_\_\_  
V°B° Jefatura Financiera