Coopecaja

Limpiar Imprimir

SOLICITUD DE BENEFICIO POR DEFUNCIÓN

Reserva de Bienestar Social

Señores Comité de Educación & Bienestar Social, yo: _____

número de cédula: _____ *solicito el beneficio contemplado en la Reserva de Bienestar Social por el fallecimiento de mi:* _____ *el día:* ___/___/_____ *cuyo número de cédula es:* _____

que en vida se le conoció con el nombre de: _____

Aclaraciones (opcional):

Documentos Adjuntos

- ☐ *Fotocopia cédula del asociado*
- ☐ *Fotocopia cédula del familiar o beneficiario*
- ☐ *Otro documento* _____
- ☐ *Comprobante de parentesco*
- ☐ *Certificado de defunción*

Coopecaja R.L. se reserva el derecho de solicitar documentación adicional a su discreción con el fin de aclarar cualquier situación según lo requiera. El asociado debe presentar los originales y traer las fotocopias claras, legibles e inalteradas de todos los documentos solicitados. No se tramitarán ni recibirán solicitudes de beneficio con la documentación incompleta. La opción de beneficio caduca a los 6 meses del fallecimiento. En caso de solicitar el beneficio por defunción de padre o madre de crianza, el asociado renuncia a su derecho de solicitar por padre o madre biológico. Aplican restricciones.

Firma del Asociado o beneficiario _____ *Teléfono:* _____

PARA USO EXCUSIVO DE COOPECAJA

☐ *Def. Familiar* ☐ *Def. Asociado* *Fecha de trámite:* dd / mm / aaaa

Monto Aprobado: ¢ _____ ☐ *Efectivo* ☐ *Depósito*

Banco: _____ No. de **Cuenta Cliente**: | | | | | | | | | | | | | | | | | |

No. de Cuenta **IBAN**: C R | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

_____ *Firma Tramitador*

_____ *Firma Autorizada*

_____ *Firma Tesorería*