

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre del agremiado:	
No. de identificación:	
Código médico:	
Correo electrónico:	
Teléfono:	
Banco:	
Cuenta IBAN:	
C	R

BENEFICIARIO

Este beneficiario debe ser una persona mayor de edad, ya que, en caso de fallecimiento del agremiado, los montos aprobados, pendientes y/o en transición de girar por solicitudes en trámite serán reembolsados a dicho beneficiario. *La solicitud se debió generar previo al acontecimiento

Nombre completo:	
Cédula:	
Parentesco:	
Correo electrónico:	
Teléfono:	

ACEPTACIÓN DE TÉRMINOS Y CONDICIONES 2026

Al marcar la casilla "Aceptar", así como al hacer uso del beneficio, dejo constancia expresa de que acepto en su totalidad los Términos y Condiciones 2026, manifestando consentimiento de forma libre, voluntaria y consciente.

☐ Aceptar

Fecha:	

Nombre del Agremiado

Firma