
	Código: S.S.I. Mut -INS-TEC-03	Página: 1 de 1
	Versión: 01	Fecha de Aprobación por la Jefatura: 30/06/2021
	Mutualidad CFIA	Departamento: Servicios Solidarios Integrales
	<b>Tipo de Documento: Retiro del Beneficio por Fallecimiento</b>	

Yo \_\_\_\_\_, cédula \_\_\_\_\_  
teléfono \_\_\_\_\_, correo electrónico \_\_\_\_\_,  
solicito se me deposite el monto correspondiente al beneficio por fallecimiento  
del miembro \_\_\_\_\_, cédula  
\_\_\_\_\_, carné \_\_\_\_\_, quien me designó como beneficiario (a)  
según boleta consignada a Mutualidad CFIA.

Este pago deberá ser realizado a la cuenta \_\_\_\_\_,  
entidad, \_\_\_\_\_, la cual se encuentra a mi nombre.

**En caso de requerir que se deposite el dinero a la cuenta de otra persona, favor completar la siguiente información:**

Yo \_\_\_\_\_, cédula \_\_\_\_\_,  
parentesco con la persona beneficiaria \_\_\_\_\_, autorizo se  
deposite el monto correspondiente del beneficio por fallecimiento a la siguiente  
cuenta: \_\_\_\_\_, entidad, \_\_\_\_\_, la cual se  
encuentra a nombre de \_\_\_\_\_,  
cédula \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma del beneficiario (a)

\_\_\_\_\_  
Fecha