



SOLICITUD DE FINANCIAMIENTO DE GASTOS MEDICOS

LADA SIN COSTO 01800-10-87-296 TEL. (228) 841-27-22 CALLE EZEQUIEL ALATRISTE No. 41 ESQ. MANUEL HERNANDEZ COL. FERRER GUARDIA, XALAPA, VER. C.P. 91026 www.fbc.com.mx



FOLIO: _____ (Asignado por Sistema)

Xalapa, Ver.

FECHA: ____/____/____

DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE:

No. De Personal: _____

Paterno: _____ Materno: _____ Nombre(s): _____

Ciudad: _____ C.P.: _____

Teléfono (Con Lada): (_____) _____ Correo: _____

Escuela de Adscripción: _____

Localidad: _____ Delegación: _____

BAJO EL CONCEPTO DE:

Area for describing the concept of the financing request, featuring a large watermark of the FBC Gastos Médicos logo.

INFORMACION DEL FINANCIAMIENTO:

Monto en Moneda Nacional

Marque Tipo de Plazo

Monto a Financiar: \$ _____ Plazo: _____ () Quincenas () Meses

DOCUMENTACION NECESARIA:

- Copia de Identificación Oficial (IFE/INE/Pasaporte)
- Copia 2 Últimos Talones de Cheque
- Autorización de Domiciliación
- Copia Estado de Cuenta Integral del Banco (CLABE interbancaria)
- Documentación Médica que Avale el Financiamiento

***** MUY IMPORTANTE *****

El FBC comunica que no existe ninguna relación, ni exige a nadie a asistir con determinado especialista, de igual forma ningún hospital determinado, ya que no tenemos convenios con ellos y solo se financiará los gastos médicos que cada quien determine necesarios.



FIRMA DEL INTERESADO



Al firmar estoy aceptando las condiciones del financiamiento de los Gastos Médicos del FBC.