



ASOCIACIÓN SOLIDARISTA DE EMPLEADOS DEL MINISTERIO DE GOBERNACIÓN, POLICÍA Y SEGURIDAD PÚBLICA

Teléfono de la central: 4000-3595 ext 1006 / 8713-8664 Correo Electrónico: servicioalcliente@asegosep.com
Barrio Gonzáles Lahman. San José, Costa Rica. De la Antigua Casa Matute Gómez 100 sur, 300 este y 50 sur.

Formulario de Afiliación

Datos personales:

Nombre completo: _____ **Cédula:** _____

Género: Mas. Feme. **Fecha de nacimiento:** _____ **Código presupuestario:** _____

Celular: _____ **Tel hab:** _____ **E-mail:** _____

Estado civil: Casado Divorciado Soltero Unión libre Viudo(a) **N° de hijos:** _____

Unidad o lugar de trabajo (delegación): _____ **Puesto trabajo:** _____

Funcionario (a) de: Ministerio de Seguridad Pública Gobernación **Su condición de plaza:** Interino Propiedad

| | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Administrativo | P.C.D. | Guardacostas | Fuerza Publica | Vigilancia aérea | Policía de fronteras | Escuela Nacional de Policía. |

Dirección del afiliado(a):

Provincia _____ **Cantón:** _____ **Distrito:** _____

Dirección de residencia: _____

Información Adicional: **Nombre del Cónyuge:** _____ **Cédula:** _____

Designo como beneficiarios a: (únicamente MAYORES DE EDAD)

| NOMBRE Y APELLIDOS | CÉDULA | PARENTESCO | % | TELÉFONO |
|--------------------|--------|------------|---|----------|
|--------------------|--------|------------|---|----------|

Al dejar un único beneficiario designar el 100%, en caso contrario distribuir el porcentaje. En materia de aporte PATRONAL, en caso de muerte del asociado, se aplica el **artículo #85 del código de trabajo**. El designar beneficiarios fuera de este artículo no es viable.

N° Cédula: _____ **Fecha:** _____

Firma del Asociado (a)

Solicito a la Junta Directiva de ASEGLOSEP, se me acepte como miembro de ASEGLOSEP, (acepto que la totalidad del Aporte Patronal girado por el Ministerio de Gobernación y Policía e Ministerio de Seguridad Pública, en su condición de patrono, sea depositado íntegra y exclusivamente en ASEGLOSEP) por lo que prometo respetar y acatar sus estatutos y reglamentos; así como las disposiciones que emanen de su organismo director.

Acepto Afiliarme al Seguro de Vida Colectivo:

Si No

Firmo indicando si estoy de acuerdo o no con aportar 1500 colones mensuales y prometo respetar, acatar sus estatutos y reglamentos.

Firma del Asociado (a)
Firmo dándome por enterado(a).

Padre del Asociado (a)

Nombre: _____ Cédula: _____

Madre del Asociado (a)

Nombre: _____ Cédula: _____

ASEGOSEP contribuyendo con la Calidad de Vida del Asociado