



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



Teléfono de la central: 4000-3595 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	Policia de fronteras	Escuela Nacional de Policia.

Dirección del afiliado(a):

Provincia _____ Cantón: _____ Distrito: _____

Dirección de residencia: _____

Información Adicional: Nombre del Cónyuge: _____ Cédula: _____

Designo como beneficiarios a: (únicamente MAYOR 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 ASEGOSEP, se me acepte como miembro de ASEGOSEP, (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 ASEGOSEP) 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:

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

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