



# 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](mailto: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 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 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: \_\_\_\_\_

Promotor: \_\_\_\_\_ Cédula: \_\_\_\_\_

ASEGOSEP contribuyendo con la Calidad de Vida del Asociado