

## ACTUALIZACIÓN DE DATOS

### Datos personales:

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Cédula: \_\_\_\_\_

Género:  Masculino  Femenino

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Estado civil:  Casado  Divorciado  Soltero  Unión libre  Viudo(a)

Datos del conyugue: \_\_\_\_\_ Cédula: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

### Dirección del afiliado(a):

Provincia: \_\_\_\_\_ Cantón: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_

Dirección de residencia: \_\_\_\_\_

### Unidad o lugar de trabajo (delegación):

Funcionario (a) del Ministerio de:  Seguridad Pública  Gobernación Código presupuestario: \_\_\_\_\_Su condición de plaza:  Interino  Propiedad

### Labora para el departamento:

 Administrativo  P.C.D.  Guardacostas  Fuerza Publica  Vigilancia aérea  Policía de fronteras  Escuela Nacional de Policía

### 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.

Firma del Asociado (a) \_\_\_\_\_

N° Cédula: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

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.

**Solicito Afiliarme al Seguro de Vida Colectivo:**  Sí  No

Estoy de acuerdo con la cuota de 1500 colones mensuales, así como con los términos de la Póliza elegida con el INS, según se firma en los documentos adjuntos correspondientes.

Firma del Asociado (a) \_\_\_\_\_

### En caso de solicitar la póliza, detallar el nombre de los Padres a asegurar: (únicamente inscritos en el Registro Civil)

NOMBRE Y APELLIDOS

CÉDULA

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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