

## 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 Pública ☐ Vigilancia aérea ☐ Policía de fronteras ☐ Escuela Nacional de Policía

### Disigno 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 escalonada (según coberturas: **₡850.68** (Asociado, Hijos y Conyugue, sin padres) o **₡1,288 con 1 Padre / ₡1,726 con 2 Padres, mensuales**), así como con los términos de las Pólizas VTM 710 -712 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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_