

Formulario de Afiliación

Datos personales:
Nombre completo: _____ **Cédula:** _____

Género: Masculino Femenino Otro _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Celular: _____ **Teléfono:** _____ **E-mail:** _____

Estado civil: Casado Divorciado Soltero Unión libre Viudo(a) **¿Hijos?** Sí No **Cantidad de hijos** _____

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 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 esta póliza, detallar el nombre de los Padres a asegurar: (únicamente inscritos en el Registro Civil)

NOMBRE Y APELLIDOS

CÉDULA

