



FORMULARIO DE AFILIACIÓN

Datos Personales

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	Fecha de nacimiento
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Número de identificación	Estado civil	<input type="text"/> Masculino <input type="text"/> Femenino <input type="text"/> Otro	Nacionalidad
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Provincia	Cantón	Distrito	Barrio
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Número de habitación / celular	Número de cuenta bancaria		

Datos Laborales

<input type="text"/>	<input type="text"/>	Estado de puesto	<input type="checkbox"/> Interino	<input type="checkbox"/> Propiedad
Departamento	Nombre de puesto			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Extensión	Correo electrónico	Fecha de ingreso a la Asamblea		

Designación de personas beneficiarias

A continuación, designo las personas beneficiarias de mis aportes personales acumulados en **ASELEGIS**, en caso de fallecimiento del suscrito.

Nombre y Apellidos	Cédula	Porcentaje %	Parentesco
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Solicito a la Junta Directiva de **ASELEGIS** me acepte como asociado(a) de dicha entidad, por lo que me comprometo a respetar y acatar sus estatutos y reglamentos, así como las disposiciones que emanen sus órganos.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Firma	Fecha

PARA USO DE OFICINA

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Conocida en sesión	Fecha	Artículo	Ingresado por



CONOZCA A SU CLIENTE

Información General

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	Fecha de nacimiento	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> Masculino <input type="text"/> Femenino <input type="text"/> Otro	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tipo de cédula	Número de identificación	Género	Estado civil	Nacionalidad
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Provincia	Cantón	Distrito	Barrio	Otras señas
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Número de teléfono celular	Correo electrónico			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Es una persona expuesta políticamente (PEP) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Ocupación / Profesión	Último nivel educativo	<i>*Ocupa cargo de elección popular</i>		
		Cuál es el cargo <input type="text"/>		
¿Está relacionado con un PEP? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
	Nombre del PEP relacionado		Relación con el PEP	

Datos laborales y económicos

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Institución o empresa para la que labora	Departamento	Nombre del puesto	
Estado de nombramiento Interino <input type="checkbox"/> Propiedad <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Fecha de nombramiento	Origen principal de ingresos	<input type="text"/>
		Ingreso mensual aproximado	
Otras actividades que generen ingresos Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	¿Cuáles?	Nombre del patrón o patrones	

Normativa Internacional

Es contribuyente Tributario de otro país diferente a Costa Rica Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	País contribuyente tributario

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha	Firma	Cédula	Recibido por

Fecha:

Producto: N° de Póliza:

Nombre del Tomador del Seguro:

DATOS DEL ASEGURADO

Primer Apellido: Segundo Apellido: Nombre:

Tipo de Identificación: Cédula DIMEX DIDI Pasaporte Otro

Numero de Identificación:

Fecha de nacimiento: Día Mes Año Sexo: Femenino Masculino

Provincia: Cantón: Distrito:

Dirección exacta:

Dirección electrónica: Teléfono Celular:

DECLARACIONES DEL SOLICITANTE Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Declaro que la información brindada y detallada en este documento es verídica, por lo tanto, en caso de comprobarse cualquier omisión o falsa declaración, eximo al Instituto Nacional de Seguros de cualquier responsabilidad dando como resultado la terminación del contrato de seguros. Conocido lo anterior, es mi deseo y autorizo al Tomador a incorporarme en esta póliza. Asimismo, informaré al INS sobre los cambios de la información que puedan presentarse a futuro, mientras exista una relación comercial.

Hago constar mi consentimiento expreso para que el Instituto Nacional de Seguros grave y utilice las llamadas telefónicas que se realicen a las líneas de servicio, como prueba para los procesos administrativos y judiciales en los que sea necesario su uso, tanto para las gestiones de aseguramiento como para la atención de solicitudes de indemnización y asistencias.

Entiendo y apruebo que el INS incluirá los datos del Asegurado a una base, bajo su responsabilidad, que cuenta con medidas de seguridad adecuadas. El INS podrá trasladar los datos a sus colaboradores, partes vinculadas, proveedores, intermediarios y socios comerciales, y a las empresas que conforman el Grupo INS, con el fin de ejecutar el contrato u ofrecer productos o servicios adicionales, todo sujeto a las políticas y normativa sobre protección de datos. El INS podrá actualizar los datos con información de bases públicas o privadas. Esta manifestación constituye consentimiento informado, por lo que el Asegurado tiene derecho a la rectificación, restricción o supresión de sus datos de la base conformada por el INS, sin que ello afecte los datos registrados en los contratos.

Declaro que recibí la información previa al perfeccionamiento y sobre las Condiciones Generales de este seguro, además manifiesto que las he entendido, las acepto libremente y entiendo que, al suscribir esta solicitud, el seguro podrá ser emitido bajo tales condiciones.

BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO

Nombre del Beneficiario:

Tipo de Identificación: Cédula DIMEX DIDI Pasaporte Otro

N° de identificación: Parentesco: Porcentaje %:

Nombre del Beneficiario:

Tipo de Identificación: Cédula DIMEX DIDI Pasaporte Otro

N° de identificación: Parentesco: Porcentaje %:

Firma del asegurado: