



ASEMAG

Asociación Solidarista de Empleados Ministerio de Agricultura y Ganadería

Tel: 2296-2501 Fax 2291-8678 Apdo. 10094-1000 San José

FÓRMULA DE AFILIACIÓN A LA PÓLIZA COLECTIVA DE VIDA-INS

NOMBRE DEL SOLICITANTE: _____ CEDULA: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ CORREO ELECTRONICO _____

TELEFONOS PERSONALES: CELULAR: _____ TELEFONO DE CASA: _____

LUGAR DE TRABAJO: _____ TELEFONO: _____

AUTORIZO A **ASEMAG** PARA DEDUCIR DE MI SALARIO EL PAGO MENSUAL DE LA POLIZA COLECTIVA DE VIDA.

PARA DICHA POLIZA NOMBRO EN CALIDAD DE BENEFICIARIOS A LAS SIGUIENTES PERSONAS (MAYORES DE EDAD).

NOMBRE	PARENTESCO	CÉDULA
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

FIRMO EN _____ A LOS _____ DIAS DEL MES DE _____ DE _____

FIRMA
