

Nº Referencia :

ASOCIACION NACIONAL DE EMPLEADOS PUBLICOS Y PRIVADOS
ANEP

AFILIACIÓN SECTOR PRIVADO

Deseo ser Anepista por lo que solicito a la Junta Directiva Nacional se me acepte como afiliado/a

Nombre: _____ Apellidos: _____

Nº de cédula: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Empresa donde Labora: _____

Puesto que desempeña: _____

Antigüedad en la empresa: _____

Promedio Salarial: ₡ _____ Por semana: _____ Quincena _____ Mes _____

Cuota de afiliación (promedio): ₡ _____ Forma de pago: Directa: _____ Por planilla: _____

Teléfono de la casa: _____ Celular: _____

Provincia: _____ Correo electrónico: _____

Adicionalmente designo como beneficiarios
de la Póliza Básica Colectiva de vida ANEP INS -VTM-525

Si desea la póliza No desea la póliza / Firma: _____

En caso de adquirir la póliza, esta información es de carácter obligatorio, de venir en blanco no se tramitará en el INS.

Nombre y apellidos	Nº de cedula	Parentesco	%	edad	Teléfono

Me comprometo a llenar la boleta original de declaración de beneficiarios de dicha póliza.

Firma: _____

Para uso del Departamento de Afiliación de ANEP

Me comprometo a pagar puntualmente mi cuota de afiliación en las oficinas de la ANEP.

Afiliado por: _____

Fecha de afiliación: _____