

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: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**PAGO DE CUOTA DE AFILIACIÓN EN OFICINAS DE ANEP.** Me doy por enterado de que la ANEP ofrece una Póliza Colectiva de vida, ANEP-INS, de carácter voluntario y que cuando me decida a incluirme en ella visitaré las oficinas de la ANEP para formalizar la misma, incluyendo para informar de las personas que designaré como beneficiarias.

**PAGO DE CUOTA DE AFILIACIÓN POR REBAJO DE PLANILLA EN LA EMPRESA.** Además, acepto que se me incorpore a la Póliza Básica Voluntaria de Seguros ANEP- INS y que se me deduzca el monto por este concepto. Tomo nota de que hasta que el INS reporte a la ANEP la primera deducción al respecto, dicha póliza me cubrirá a mí y a las personas beneficiarias que yo designe, para lo cual firmo aquí:

Firma: \_\_\_\_\_

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

**Para uso de la sección de Afiliación de ANEP**

Afiliado por: \_\_\_\_\_

Fecha de afiliación: \_\_\_\_\_