

Día	Mes	Año

DATOS PERSONALES

¡UN PROYECTO EN CONSTANTE CRECIMIENTO!

Nombre:			1er Apellido:			2do Apellido:		
F. Nacimiento:			Identificación:			Autoriza recibir información:	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Estado civil:			Teléfono:			Celular:		
Teléfono Trabajo:			Correo Personal:			Correo Institucional:		
Provincia:			Cantón:			Distrito:		
Dirección exacta:								
Cuenta Bancaria	Banco:			Número de cuenta IBAN:				

AFINES

Recuerde que conforme al grado de afinidad de sus beneficiarios, tendrán acceso a los servicios en los diferentes programas sociales. Tendrán acceso al Centro de Recreo sus padres, conyuge, hijos y hermanos menores de edad, adicional a estos, en la Clínica de Especialidades Médicas, también se podrán atender sus hermanos mayores de edad, abuelos, nietos, tíos y sobrinos.

Identificación:	Nombre:	Parentesco:	F. Nacimiento	Dependiente		Correo electrónico:
				Si	No	

INFORMACIÓN ACTUAL DEL TRABAJO

INSTITUCIÓN:	Universidad Nacional <input type="checkbox"/>	FUNDAUNA <input type="checkbox"/>	Jubilado CCSS <input type="checkbox"/>	Jubilado JUPEMA <input type="checkbox"/>	Afiliado SITUN <input type="checkbox"/>
Centro de Trabajo:			Ingreso Bruto:	Ingreso Neto:	
Tipo de nombramiento:	Interino <input type="checkbox"/>	Propiedad <input type="checkbox"/>			

BENEFICIARIOS DEL APORTE

El suscrito afiliado(a) nombro como mis beneficiarios de conformidad con la legislación civil, para caso de fallecimiento se les entreguen los dineros correspondientes a mi aporte patronal, individual con la sola demostración de mi fallecimiento y de sus identidades, a los señores:

Identificación:	Nombre:	Primer Apellido	Segundo Apellido:	Parentesco:	Teléfono:	Porcentaje

INFORMACIÓN DE PÓLIZA

¿Solicita Póliza de Gastos Funerarios?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Con la respuesta negativa estoy solicitando la exclusión del beneficio ofrecido en la cobertura y póliza por gastos funerarios del Magisterio S.A.			
La información suministra en este formulario forma parte de la base de datos de afiliados del Fondo de Beneficio Social, será utilizada para trámites exclusivos de esta organización, no será compartida ni comercializada con terceros.			
Declaro que este formulario ha sido completado por mí o en mi presencia y que la información provista en el mismo es fiel y verdadera.			
Firma del solicitante		Identificación:	Fecha:
		Lugar:	