



FORMULARIO DE INCORPORACIÓN

Instrucciones: Descargue el formulario en su computadora, llénelo en Acrobat Reader DC. El formulario no se puede llenar a mano. No se aceptarán formularios sin el formato establecido.

Datos personales:

Primer apellido:

Segundo apellido:

Nombre:

Cédula N°:

Estado civil:

Sexo:

Edad:

Fecha de nacimiento:

Dirección exacta domicilio:

Teléfono habitación:

Celular:

Provincia:

Cantón:

Distrito:

Solicito me envíen el boletín electrónico, notificaciones, invitaciones y cualquier otra información general al correo personal:

Medio por el cuál obtuvo la información, del trámite de incorporación:

Correo electrónico

Sede Central y/o Regionales

Página Web

Promotor

Redes Sociales

Vía Telefónica

Tiene usted algún tipo de alimentación especial, indíquelo:

Consumo únicamente alimentos vegetarianos:

Consumo únicamente alimentos libre de gluten:



Colegio de Ciencias Económicas

Otro tipo de alimento:

Tiene usted alguna dificultad para

Especifique:

Datos del trabajo:

Cuenta usted con trabajo:

"si su respuesta es si debe llenar la información siguiente"

Lugar de trabajo:

Departamento:

Teléfono:

Extensión:

Correo electrónico:

Dirección exacta del trabajo:

Provincia:

Cantón:

Distrito:

Información adicional para el Colegio

Sistema de pago para la mensualidad:

En caso de elegir la opción de Rebajo por planilla o Tarjeta Crédito/ Débito, por favor complete el formulario correspondiente.

Estudios Universitarios:

GRADO ACADEMICO	ÁREA DE ESPECIALIDAD	TÍTULO UNIVERSITARIO	UNIVERSIDAD



Beneficio por fallecimiento (obligatorio)

En el cuadro #1 debe incluir el beneficiario (a) que recibirá la indemnización que brinda el colegio y se encuentra incluida en la cuota, la cual se entregará según el orden en que los, establezca. Por ejemplo, si el beneficiario que designo en primer lugar fallece, automáticamente se le hará entrega de la indemnización al siguiente beneficiario designado en la lista,

Cuadro N°1 (En caso de fallecimiento del Colegiado)			
Nombre y apellidos	Parentesco	Fecha de nacimiento	N° de identificación

En el cuadro #2 debe incluir la información de su grupo familiar 1(cónyuge, conviviente, hijos menores de 18 años, hijos menores de 25 años que se encuentren, estudiando y que no laboren de manera remunerada, hijos en condición de discapacidad independientemente de la edad, uno de los, padres del Colegiado, a quienes en caso de fallecimiento el colegio le brinda una ayuda económica al asociado, la cual también, está incluida en la cuota mensual.

Cuadro N°2 (En caso de fallecimiento del Familiar)			
Nombre y apellidos	Parentesco	Fecha de nacimiento	N° de identificación

Firma:

Fecha:

Declaro bajo fe de juramento, que he sido apercibido de las penas con que la Ley castiga el delito de falso testimonio; la información que se aporta en esta solicitud es cierta.



Póliza colectiva de vida

Planes

MONTO ASEGURADO	COBERTURA MAX	PRIMA MENSUAL	MARQUE EL MONTO SELECCIONADO
¢15.000.000,00	¢39.500.000,00	¢6.620,00	
¢20.000.000,00	¢52.000.000,00	¢8.635,00	
¢25.000.000,00	¢64.500.000,00	¢10.650,00	

Coberturas que incluye la póliza

Muerte accidental y no accidental	100% del monto asegurado
Incapacidad total y permanente	50% adicional del monto asegurado
Enfermedad terminal	50% adicional a la suma asegurada
Gastos funerarios	¢750.000 adicional a la suma asegurada

Solicito se incluyan como beneficiarios del plan de póliza de vida anteriormente indicado, a las siguientes personas:

Nombre del beneficiario	# Cédula	Parentesco	Porcentaje

Firma:

Fecha: