

Asociación de Funcionarios Universitarios Pensionados
FÓRMULA DE INGRESO PARA NUEVOS (AS) ASOCIADOS(A)
PENSIONADOS(AS) DE INVALIDEZ VEJEZ Y MUERTE (CCSS)



Fecha:

Yo, Primer Apellido Segundo Apellido Nombre

Cédula Fecha de Nacimiento MES DIA AÑO

Núm. Teléfono fijo Núm. Teléfono Móvil

Fax Apdo. Postal E-mail

Seleccione con X si desea estar comunicado por: Whatsapp Facebook (ambos oficiales de AFUP)

Dirección Provincia: Cantón: Distrito:

Otras señas:

Estado Civil Nombre Cónyuge (si lo tiene)

Grado Académico Tipo Pensión Ley Pensión

Tipo de Régimen **I.V.M - CCSS** Fecha de jubilación o pensión

Laboró en: UCR UNA ITCR UNED UTN

Unidad académica y puesto antes de pensionarse

Filial de AFUP a la que pertenecerá: Cartago Guanacaste Heredia San Carlos
San José Occidente Turrialba

Alguna área en que podría o le gustaría colaborar con AFUP:

Al completar la información anterior, acepto mi ingreso como miembro activo de esta Asociación y me comprometo a cancelar mensualmente mi cuota de afiliación equivalente al 0.5% de mi pensión bruta, mediante: pago que realizaré a través de: Sinpe Móvil 8703-4489 Depósito en la cuenta corriente IBAN CR62 0151 0001 0011 4876 71.

Igualmente autorizo a la AFUP para que tramite ante la Caja Costarricense del Seguro Social, la deducción del 0.5% de mi pensión una vez se establezca el convenio respectivo AFUP- CCSS".

Firma:

Para uso de la Asociación:

Aprobado en Sesión No. Artículo: Fecha:

Yo cédula de identidad número

En mi condición de Asociado (a) de la Asociación de Funcionarios Universitarios Pensionados AFUP, a continuación hago designación expresa de los beneficiarios para que retiren el monto correspondiente al Subsidio del Fondo de Socorro por fallecimiento. Revoco de pleno cualquier designación de beneficiarios que hubiese suscrito anteriormente.

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre Completo	Parentesco	Porcentaje
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Fecha:

Firma del Asociado:
(igual a la cédula)