



Asociación Solidarista de Empleados del IMAS

Formulario Actualización de Datos ASEIMAS

Datos del Asociado

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre	
_____	_____	_____	
No. de Cédula	Fecha de nacimiento	Estado Civil	
_____	_____	_____	
Sexo	Unidad de trabajo	Fecha de ingreso a IMAS	Fecha de ingreso a ASEIMAS
F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Salario bruto	Salario neto	Profesión u oficio	
₡	₡	_____	

Dirección exacta

Correo electrónico	Teléfono habitación	Celular	Teléfono oficina	Ext.
_____	_____	_____	_____	_____

Datos del Asociado (cónyuge)

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre
_____	_____	_____
No. de cédula	Fecha de nacimiento	
_____	_____	

Nombres de los hijos (En caso de ser soltero, indicar el nombre de los padres)

Fecha de nacimiento

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

En caso de fallecimiento, designo como beneficiario(s) a:

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Firma del participante

Fecha

_____	_____
-------	-------