



Formulario de Afiliación ASEIMAS

Datos del Asociado

Primer apellido:		Segundo apellido:		Nombre:	
Nº de cédula:		Fecha de nacimiento:			
Estado civil:				Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Unidad de trabajo:		Fecha de ingreso a IMAS:		Fecha de ingreso a ASEIMAS:	
Salario bruto:		Salario neto:		Profesión u oficio:	
Dirección exacta:					
Teléfono de Habitación	Celular	Correo personal		Teléfono de oficina	Ext:

Información del Núcleo Familiar (En caso de ser soltero y no tener hijos, indicar el nombre de los padres)

Cónyuge					
Primer apellido:		Segundo apellido:		Nombre:	
Nº de cédula:			Fecha de nacimiento:		
Nombre de los hijos				Fecha de nacimiento	

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

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre	
Aceptado <input type="checkbox"/>		Rechazado <input type="checkbox"/>		Acuerdo Nº:	Acta Nº:
Fecha:					



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, portador(a) de la cédula de identidad número _____ como **Interesado**, de conformidad con la **Ley Protección de la Persona frente al tratamiento de sus datos personales Número 8968**:

OTORGO MI CONSENTIMIENTO INFORMADO A:

ASOCIACIÓN SOLIDARISTA DE EMPLEADOS DEL IMAS, (siglas **ASEIMAS**), con cédula jurídica: tres-cero cero dos- ciento sesenta y cuatro quinientos veintiocho, dirección física: Barrio Francisco Peralta, cien metros norte de la Casa Italia, San José, Costa Rica, como **Responsable de la Base de Datos** (en adelante **“la Responsable”**); para que proceda a almacenar mis datos personales acerca de cualquier gestión que realice con ASEIMAS en la base de datos **“Asociados ASEIMAS”** que la Responsable maneja, con la finalidad de prestarme servicios de asociación solidarista, incluyendo la posibilidad de enviarme comunicaciones propias de servicio al asociado y para finalidades de prospección comercial.

Además, como **Interesado** manifiesto que he sido informado del uso y tratamiento que la Responsable le dará a mis datos, que los únicos destinatarios de esa información serán la propia Responsable, y aquellos que se indicarán y, en caso excepcional, otros terceros que se me comuniquen y se gestione el consentimiento para cada caso.

Así mismo, podré ejercer mis derechos de acceso, rectificación, supresión y cancelación de los datos suministrados a la Responsable, en la dirección física de esta o al correo electrónico **datos@aseimas.com**, que la Responsable pone a disposición para estos efectos.

Comprendo que la consecuencia única de no entregar mis datos a la Responsable, será la imposibilidad para la misma de realizar las acciones de justificación de recolección antes indicadas.

Declaro que he sido informado y se solicita mi consentimiento para que la Responsable transmita mis datos al Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS) con respecto a información que sea de interés para ambas; en caso de ser tarjetahabiente de la tarjeta de Crédito ASEIMAS MasterCard los datos transaccionales tendrán que ser compartidos con MasterCard; y por último para efectos de entregar información al censo que realiza la Asamblea de Trabajadores y Trabajadoras, mis datos podrán ser compartidos con el Banco Popular y de Desarrollo Comunal.

Acepto que ASEIMAS solicita mi consentimiento para utilizar los datos de carácter personal, que mantengan de mí en sus bases de datos, para contactarme aún después de terminada mi relación con ASEIMAS.

Por medio de mi firma otorgo mi consentimiento, en la ciudad de _____ al ser las _____ horas del _____ de _____ del año _____.

El Interesado



FORMULARIO CONOZCA A SU ASOCIADO
PERSONA FISICA



1. Datos Generales				
Primer Apellido		Segundo Apellido		Nombre Completo
Número de Identificación	Tipo de Identificación <input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Otro (especifique)			Fecha de caducidad: Día/ Mes /Año
Fecha de Nacimiento: Día /Mes / Año	País de Nacimiento:	Género: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Nacionalidad:	Posee otra nacionalidad: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Indique la misma:
Profesión:	Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero (a) <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado (a) <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Viudo (a) <input type="checkbox"/> Unión libre			
Domicilio Permanente	País:	Provincia:	Cantón:	Distrito:
Dirección exacta (otras señas):				
Teléfono Residencia	Teléfono celular	Fax	Apartado postal	Correo electrónico personal
2. Datos Laborales				
<input type="checkbox"/> Asalariado <input type="checkbox"/> Trabajador independiente. Especifique la naturaleza del negocio: _____				
Nombre de la empresa o negocio:		Tiempo de laborar:	Actividad de la empresa o negocio:	
Cargo que desempeña:			Teléfono:	Fax:
Domicilio del Patrono o Negocio	País:	Provincia:	Cantón:	Distrito:
Dirección exacta (otras señas):				
3. Información Financiera				
Ingreso Mensual Estimado: <input type="checkbox"/> De €0 a €500.000 <input type="checkbox"/> De €1.000.0001 a €1.500.000 <input type="checkbox"/> De €3.000.0001 a €5.000.000 <input type="checkbox"/> De €500.001 a€1.000.000 <input type="checkbox"/> De €1.500,0001 a €3.000.000 <input type="checkbox"/> Superior a €5.000.000				
Fuente u origen de los fondos:				
Moneda a utilizar en las operaciones con ASEIMAS: <input type="checkbox"/> Colones <input type="checkbox"/> Dólares				
¿Desempeña actividades citadas en el artículo 15 de la Ley 8204 (manejo de fondos de terceros físico o jurídico)? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, aportar inscripción emitida por SUGEF				
4. Tipo de Transacciones o Medios de Pago utilizados con ASEIMAS				
<input type="checkbox"/> Transferencia vía SINPE <input type="checkbox"/> Pago por terceros o de cuentas de terceros <input type="checkbox"/> Deducción salarial (convenio con empresa o asociación) <input type="checkbox"/> Transferencia electrónica desde el extranjero <input type="checkbox"/> Depósito o transferencia en cuentas de ASEIMAS				
5. Personas Expuestas Políticamente (PEP's)				
Manifiesta desempeñar o haber desempeñado algún cargo que implique funciones públicas destacadas en el país o en el extranjero: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
En caso de responder afirmativo, indique: periodo durante el cual desempeñó dichas funciones: _____ Cargo Desempeñado: _____				
Manifiesta tener relación directa (consanguinidad) o indirecta (afinidad) con alguna persona expuesta políticamente (PEP)? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
Periodo durante el cual desempeño funciones el PEP:		Tipo de relación con el PEP:		Cargo del PEP:
6. Observaciones				
Las Personas Políticamente (PEPs) son aquellas que de conformidad con la Ley Contra la Corrupción y el Enriquecimiento Ilícito en la función pública, deben rendir declaración jurada sobre su situación patrimonial ante la Contraloría de la República por ocupar cargos políticos, para el conyugue y las personas con las que los PEPs mantenga parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado, así como para las sociedades en las que tengan vínculos patrimoniales.				
7. Declaración Jurada				
Para efectos del presente formulario declaro expresamente lo siguiente: 1. Este formulario ha sido completado por mí o en mi presencia. 2. La información declarada en este documento es fiel, exacta, completa y verdadera en la forma en que fue descrita. 3. Tanto mi actividad, como profesión u oficio, son lícitos y los ejerzo dentro de los marcos legales. 4. Nunca he estado involucrado en el delito de lavado de dinero, financiamiento al terrorismo y otras actividades que pudieran ser consideradas criminales o que contravengan reglamentaciones nacionales o internacionales con respecto al lavado de activos o financiamiento al terrorismo. 5. Me obligo con ASEIMAS a mantener actualizada la información suministrada, de acuerdo con los procedimientos que para tal efecto tenga dispuesta la organización. 6. Autorizo a ASEIMAS, en forma expresa para reportar, procesar, solicitar, suministrar o divulgar, únicamente a las entidades legalmente autorizadas, de conformidad con la Ley 8204, todo lo relativo a mi información. 7. En cumplimiento a la ley 8204, ASEIMAS debe mantener bases de Información actualizadas y debe confirmar los datos para lo cual por este medio y con la firma de este documento yo en mi condición de cliente autorizo a ASEIMAS para que confirme la información brindada por mí en los sistemas de bases de datos de empresas privadas como Equifax, Datum, etc., los cuales sirven de corroboración de la información otorgada por mi persona.				
8. Fecha y Firmas				

Nombre y Firma del Asociado (a)

Fecha

Nombre y Firma del Funcionario ASEIMAS