



## Solicitud de Afiliación Andas

Nombre y apellidos completos \_\_\_\_\_  
No. de Agente INS \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
No. de Cédula \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Nacionalidad \_\_\_\_\_  
Dirección domicilio: \_\_\_\_\_  
Lugar de trabajo: Provincia \_\_\_\_\_ Cantón \_\_\_\_\_ Distrito \_\_\_\_\_  
Dirección de Oficina: \_\_\_\_\_  
Apdo. Postal \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
Tel. Oficina \_\_\_\_\_ Hab. \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_  
Fecha Nombramiento INS \_\_\_\_\_ No. Licencia SUGESE \_\_\_\_\_ Fecha Emisión \_\_\_\_\_  
Agente: Agente: Independiente \_\_\_\_\_, De Comercializadora \_\_\_\_\_ Nombre Comerc. \_\_\_\_\_  
Estado Civil \_\_\_\_\_ Nombre del cónyuge \_\_\_\_\_  
Beneficiarios Póliza Colectiva de Vida No. VIC 642 - Anotar nombre completo, parentesco y No. de Teléfono:  
( Llenar este espacio solo si desea ser incluido(a) en la Póliza )

Porqué desea ingresar y que espera de ANDAS ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Manifiesto y doy fe que NUNCA HE SIDO SANCIONADO por parte del INS en mi Expediente Administrativo.  
Esta solicitud está referida o recomendada por los afiliados actuales de ANDAS (indicar nombres):

( Si desea ampliar cualquiera de los puntos de esta solicitud, favor hacerlo al dorso y firmarlo al final )

Firma del solicitante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Solicitud aprobada en Sesión No. \_\_\_\_\_ de fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Presidente

\_\_\_\_\_  
Secretario

**Nota:** Toda solicitud de afiliación es valorada en sesión de Junta Directiva de ANDAS. Una vez vista se comunica al interesado la razón al respecto. La afiliación rige a partir de la fecha de aprobación en la sesión de Junta. Debe adjuntar: copia de Cédula de Identidad y Carnet Agente de Seguros, además autorización de rebajo mensual adjunta debidamente llena.

**ASOCIACION NACIONAL DE AGENTES DE SEGUROS**

TEL: 2223-1718 • APDO. 10061-1000 SAN JOSÉ, COSTA RICA • E-mail: andas@ice.co.cr

