



FOTO

SOLICITUD DE AFILIACION A ANDAS

Nombre _____ y _____ apellidos _____
completos _____

No. de Agente INS _____ Fecha de Nacimiento _____

No. de Cédula _____ Edad _____ Nacionalidad _____

Dirección oficina: _____

Otras señas: Provincia _____ Cantón _____ Distrito _____

Dirección _____ domicilio: _____

Apdo. Postal _____ E-mail _____ Fax _____

Tel. Oficina _____ Hab. _____ Celular _____

Agente: Independiente _____ o de Comercializadora _____ Nombre Comercializadora _____

Tiempo de laborar como Agente de Seguros _____ No. Licencia SUGESE _____

Estado Civil _____ Nombre del cónyuge _____

Beneficiario Póliza Colectiva de Vida No. VTM 489 - Anotar nombre completo, parentesco y No. de Cédula:

(Llenar este espacio solo si desea ser incluido en la Póliza de Vida)

Porqué desea ingresar y que espera de ANDAS? _____

Manifiesto y doy fe que NO HE SIDO SANCIONADO por parte del INS, por lo que autorizo a que de ser necesario esta información pueda ser verificada en mi expediente administrativo.

Firma del solicitante _____ NO. Agente _____

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. Debe adjuntar: copia de cédula de identidad, carnet de Agente de Seguros y autorización de rebajo mensual adjunta debidamente llena.