



**ASOCIACIÓN DE BIENESTAR SOCIAL DE LOS EMPLEADOS DEL GRUPO ICE**  
**SOLICITUD DE INGRESO A PROGRAMA BENEFICIO POR DEFUNCIÓN DEL AFILIADO**  
**Tels.2000-6436/ 2000-7393/ 2000-7391/ 2000-1894**

*DATOS DEL SOLICITANTE*

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre	N° de Cédula	Teléfono Oficina / Residencia	
Dependencia y lugar de trabajo			Fecha de ingreso ICE	Sector	C.F

E-mail oficina: \_\_\_\_\_ E-mail personal \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_

**Autorización:**

Con la aprobación de esta solicitud, el ICE queda autorizado a deducir de mi salario el aporte inicial de asociado, consistente en una cuota de ₡\_\_\_\_\_. Se adquiere derecho en el sistema de aprobarse y cancelar el aporte inicial de asociado.

**Omitir este dato en caso de tratarse de una actualización**

En fe de lo anterior, firmo en \_\_\_\_\_  
a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

**NOTA:**

A toda solicitud se le debe adjuntar la fotocopia de la cédula del solicitante emitida por ambos lados.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Solicitante**

**ÚNICAMENTE PARA USO DE LA OFICINA**

APROBADO EN SESIÓN N° \_\_\_\_\_ FECHA DE INGRESO AL PROGRAMA BENEFICIO DEFUNCIÓN DEL AFILIADO \_\_\_\_\_



**PROGRAMA BENEFICIO POR DEFUNCIÓN DEL AFILIADO  
DECLARACIÓN DE BENEFICIARIOS**

Es responsabilidad absoluta del afiliado mantener actualizada toda la información de esta boleta

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO	CÉDULA	PARENTESCO	EDAD	% A DISTRIBUIR
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

**DE ACUERDO CON LO QUE ESTABLECE EL ARTÍCULO 19 DEL REGLAMENTO DEL PROGRAMA BENEFICIO POR DEFUNCIÓN DEL AFILIADO, EN MI CONDICIÓN DE ASOCIADO, DESIGNO COMO BENEFICIARIOS A LAS PERSONAS ARRIBA INDICADAS, PARA QUE AL OCURRIR EL EVENTO, RECIBAN LAS SUMAS QUE RESULTAREN ACUMULADAS EN EL PROGRAMA Y EN LA PROPORCIÓN DEL PORCENTAJE INDICADO PARA CADA UNO.**

En fe de lo anterior, firmo en \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días

del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del Solicitante**