



Asociación Solidarista de Empleados de
Importadora Monge de Alajuela S.A. y Afines
Cédula Jurídica 3-002-117142

Reglamento de la Campaña de Afiliación “Afilie a un Compañero”

1. Objetivo

Fomentar la integración de nuevos asociados a la Asociación Solidarista mediante la participación de los asociados actuales, quienes compartirán su experiencia y promoverán los beneficios y servicios de pertenecer a la organización.

2. Alcance

La campaña está dirigida a todos los colaboradores con plaza fija en Grupo Monge y empresas afines, con al menos tres meses de antigüedad, que aún no formen parte de la Asociación. Participan únicamente los asociados activos interesados en promover nuevas afiliaciones.

3. Nombre de la Campaña

“Afilie a un compañero”

4. Vigencia

Del 01 de abril de 2025 al 01 de agosto de 2025.

5. Condiciones Generales

1. Podrán participar todos los asociados activos a la fecha de inicio de la campaña.
2. Solamente se podrán afiliar colaboradores con plaza fija y con al menos tres (3) meses de antigüedad laboral en Grupo Monge o empresas afines.
3. La verificación de la antigüedad del colaborador se realizará mediante los registros de nómina oficiales.
4. Los asociados que deseen participar deberán reportar cada afiliación enviando:
 - a. El formulario de afiliación completo y firmado.
 - b. Copia de la cédula del nuevo afiliado.
 - c. En formato PDF, al WhatsApp 6318-3145 o al correo ebolanos@aseimocr.net.
5. Se otorgará un **bono de ₡10.000** (diez mil colones costarricenses) por cada afiliación válida, incluyendo reingresos, siempre que cumplan con las condiciones establecidas.



Asociación Solidarista de Empleados de
Importadora Monge de Alajuela S.A. y Afines
Cédula Jurídica 3-002-117142

6. No se reconocerán afiliaciones que ingresen por procesos regulares de reclutamiento (por ejemplo, afiliaciones automáticas desde Nómina).
7. No podrán participar los miembros de la Junta Directiva en esta campaña.

6. Proceso de Recepción y Validación de Afiliaciones

- **El asociado participante debe incluir en el primer reporte:**
 - a) **Su nombre completo.**
 - b) **Número de cédula.**
 - c) **Tienda en la que labora.**
 - d) **Formulario de afiliación firmado.**
 - e) **Copia de la cédula del nuevo afiliado.**
- La Asociación llevará un registro detallado de afiliaciones recibidas por cada participante.
- Cada miércoles se realizará el desembolso semanal de los bonos acumulados, depositados en la cuenta bancaria registrada por el asociado en la base de datos de ASEIMO.
- Se notificará vía WhatsApp o correo electrónico la recepción y validación de cada afiliación.
- En caso de inconsistencias, la Asociación podrá contactar al asociado participante para solicitar aclaraciones o correcciones.
- Se adjunta al presente reglamento el formato oficial del formulario de afiliación que deberá utilizarse para efectos de la campaña.

7. Disposiciones Finales

La Asociación se reserva el derecho de modificar o suspender esta campaña en caso de fuerza mayor o situaciones no previstas, informando oportunamente a los asociados.

Cualquier aspecto no contemplado en este reglamento será resuelto por la Junta Directiva.

Se anexa el formulario de afiliación autorizado ASEIMO.

SOLICITUD DE AFILIACIÓN



____/____/____.
Día Mes Año

Solicito se apruebe mi solicitud de afiliación a la Asociación Solidarista de Empleados de Importadora Monge y Afines, ASEIMO. Por lo tanto, en el momento de aprobación de la misma, autorizo a ASEIMO para que deduzca de mi salario el 5% que establece la ley 6970, el rebajo de fondo mutualidad, seguro de vida y otros rebajos de ASEIMO por concepto de reservas y préstamos, además acepto las condiciones y reglamentos que establecen los estatutos internos de ASEIMO.

Así mismo autorizo a la empresa para que deduzca de mi salario dicho porcentaje y lo gire a la asociación. Dejo constancia que, de no realizarse los rebajos respectivos de planilla por parte de la empresa, me comprometo a efectuar pago directo a ASEIMO.

Detallo mis datos personales:

Nombre	[Redacted]		
Identificación	[Redacted]		
Fecha Nacimiento	[Redacted]		
Nacionalidad	[Redacted]		
Estado Civil	[Redacted]		
Teléfono Celular	[Redacted]		
Teléfono Fijo	[Redacted]		
Provincia	Cantón	Distrito	[Redacted]
Dirección exacta	[Redacted]		
Correo Electrónico	[Redacted]		

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Mediante el presente documento, notifico el nombramiento como beneficiarios de mis derechos como asociado de la Asociación Solidarista de Empleados de Importadora Monge de Alajuela S. A., y Afines, con siglas, ASEIMO, cédula jurídica 3-002-117142-31, a las siguientes personas:

SOLICITUD DE AFILIACIÓN



Designación Beneficiario 1

Nombre completo	<input type="text"/>	Porcentaje	<input type="text"/>
Identificación	<input type="text"/>	Parentesco	<input type="text"/>
Teléfono Celular	<input type="text"/>	Nacionalidad	<input type="text"/>

Designación Beneficiario 2

Nombre completo	<input type="text"/>	Porcentaje	<input type="text"/>
Identificación	<input type="text"/>	Parentesco	<input type="text"/>
Teléfono Celular	<input type="text"/>	Nacionalidad	<input type="text"/>

Considere lo siguiente

En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, NO se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran este documento como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombre único beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral ante los menores.

Firma del solicitante

NOTA: Adjuntar copia del documento de identificación.



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Seguros Personales
SOLICITUD PARA INCLUSIÓN EN UN SEGURO DE VIDA TRADICIONAL COLECTIVA FLEXIBLE
Modalidad Contributiva

DATOS DE LA PÓLIZA

Nombre del Tomador de Seguro: _____

Número de Póliza: _____

DATOS DEL SOLICITANTE

Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Nombre Completo:	
Tipo de Identificación: <input type="checkbox"/> Persona física <input type="checkbox"/> Cédula de Residencia <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Permiso Trabajo			
N° Identificación:		Ocupación o actividad económica:	
Fecha de nacimiento: Día / Mes / Año	Edad:	Nacionalidad:	Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
Provincia:	Cantón:	Distrito:	
Dirección exacta :			
Apartado:	Teléfono Oficina:	Teléfono Celular:	
Dirección Electrónica:			
Nombre del Patrono:		Teléfono del Patrono:	
Monto Asegurado _____	Lugar de residencia:	Fecha de ingreso al grupo:	
¿Usted contaba o cuenta con un seguro colectivo de vida con otra compañía aseguradora? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
Nombre de la compañía _____		N° de póliza _____	

NOTIFICACIONES

Indique el medio por el cual desea ser notificado: _____

DATOS DEL BENEFICIARIO

Al momento de ser incorporado en la Póliza, Usted deberá hacer una designación de beneficiario (s) el (los) cual (es) puede cambiar en cualquier momento siempre que la póliza esté en vigor.

Advertencia:

En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato.

Expresar claramente los nombres, parentesco o interés con el Asegurado

Nombre:	Identificación:	Parentesco:	Sexo:	Porcentaje:	Teléfono:	Ocupación:
Fecha de Nacimiento:	Dirección exacta:					Fax:
	Provincia:	Cantón:	Dirección electrónica:			
Nombre:	Identificación:	Parentesco:	Sexo:	Porcentaje:	Teléfono:	Ocupación:
Fecha de Nacimiento:	Dirección exacta:					Fax:
	Provincia:	Cantón:	Dirección electrónica:			

Si se contrata la cobertura de Vida Conjunta, indique el nombre del cónyuge o conviviente del Solicitante y en el cuadro los respectivos beneficiarios

Primer apellido	Segundo apellido:	Nombre:
Tipo de Identificación:	Número de Identificación:	Fecha de nacimiento

Expresar claramente los nombres, parentesco o interés con el cónyuge o conviviente.

Nombre:	Identificación:	Parentesco:	Sexo:	Porcentaje:	Teléfono:	Ocupación:
Fecha de Nacimiento:	Dirección exacta:					Fax:
	Provincia:	Cantón:	Dirección electrónica:			
Nombre:	Identificación:	Parentesco:	Sexo:	Porcentaje:	Teléfono:	Ocupación:
Fecha de Nacimiento:	Dirección exacta:					Fax:
	Provincia:	Cantón:	Dirección electrónica:			

Firma del Cónyuge o conviviente aceptando su inclusión en la póliza y la designación de beneficios _____

El Instituto se reserva el derecho de aceptar, postergar o rechazar el seguro dentro de un plazo que no excederá treinta (30) días naturales, contados a partir de la fecha en que se reciben los documentos solicitados para analizar el riesgo. En caso de que el riesgo sea de complejidad, el Instituto deberá dar respuesta al Asegurado en un plazo no mayor a dos (2) meses.

Este documento sólo constituye una solicitud de seguro, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por el Instituto Nacional de Seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo los registros número Seguro de Vida Tradicional Colectiva Flexible Colones P14-26-A01-197 V4.0 (colones) y P14-26-A01-206 V4.0 (dólares) ambos de fecha 21 de mayo del 2015.

Por la presente declaro que toda la información anterior ha sido dictada o escrita por mí, es completa y verdadera y forma la base sobre la cual se fundamenta el Instituto para emitir la póliza.

Asimismo, declaro que estoy enterado (a) de que puedo contratar este seguro por mi cuenta, directamente en cualquier sociedad agencia de seguros, agente de seguros o a través de cualquier corredor de seguro del país. Conocido lo anterior, es mi deseo y autorizo a la entidad financiera a incorporarme en esta póliza.

He recibido el certificado de seguro, el cual me fue entregado, leído en forma clara y ampliamente indicado y manifiesto haberlo entendido.

NOMBRE DEL INTERMEDIARIO: _____

FIRMA Y N° IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE: _____

LUGAR Y FECHA: _____

Para uso exclusivo del Instituto:	Revisado por:	Autorizado por:
-----------------------------------	---------------	-----------------