

# SOLICITUD DE AFILIACIÓN AL SEGURO VOLUNTARIO ESTUDIANTIL

PRIMER APELLIDO (1)	SEGUNDO APELLIDO (2)	1º NOMBRE (3)	2º NOMBRE (4)	Nº CÉDULA (5)
DIRECCIÓN EXACTA DE RESIDENCIA (6)				
CENTRO UNIVERSITARIO (7)	PERTENECE A ALGÚN GRUPO INDÍGENA (8)		FECHA DE NACIMIENTO (9)	
	Sí <input type="checkbox"/> Cuál? _____ No <input type="checkbox"/>			
NACIONALIDAD (10)    Costarricense <input type="checkbox"/> Extranjera <input type="checkbox"/> Si es extranjero pase a la pregunta 11				
SI USTED ES EXTRANJERO INDIQUE (11)				
Nº CÉDULA DE RESIDENCIA: _____    FECHA VENCIMIENTO CÉDULA: _____				
Nº DE CARNÉ DE ASEGURADO: _____				
Nº TEL. HABITACIÓN (12)	Nº TEL. CELULAR (13)	CORREO ELECTRÓNICO (14)		
MESES QUE CUBRE EL PAGO DEL SEGURO (15)		MONTO PAGADO (16)		
FIRMA DEL ESTUDIANTE (17)			FECHA (18)	