



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL  
Dirección de Inspección  
Área de Control Contributivo  
Subárea Administración y Control de Convenios  
Teléfono: 2105-4860, ext. 2018 Fax: 2105-4882

## SOLICITUD DE ASEGURAMIENTO PARA ASEGURADOS VOLUNTARIOS EN CONVENIO

1. El siguiente formulario deber ser llenado de forma completa, con bolígrafo de tinta azul o negro.
2. La información suministrada deber ser real y quedará sujeta a comprobación, de acuerdo con las potestades que tiene la Caja Costarricense de Seguro Social.
3. Adjunto a esta solicitud se deben presentar los siguientes documentos para iniciar el trámite:
  - **Costarricenses:** Original y fotocopia de la cédula de identidad.
  - **Extranjeros:** Original y fotocopia del documento de identificación, según corresponda.

### I - Información del Solicitante:

\_\_\_\_\_  
Primer apellido

\_\_\_\_\_  
Segundo apellido

\_\_\_\_\_  
Nombre completo

\_\_\_\_\_  
Nº de cédula o asegurado

### Dirección exacta de residencia:

Provincia: \_\_\_\_\_ Cantón: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_

Otras señas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Teléfonos:

Residencia: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Familiar: \_\_\_\_\_

### ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DE LA ADMINISTRACIÓN DEL CONVENIO

Nombre del convenio: \_\_\_\_\_.

Número patronal o de registro en la Caja: \_\_\_\_\_.

Ingreso de referencia vigente del afiliado: ₡ \_\_\_\_\_.

Cuota mensual SEM: ₡ \_\_\_\_\_ Cuota mensual si cotiza IVM: ₡ \_\_\_\_\_.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL  
Dirección de Inspección  
Área de Control Contributivo  
Subárea Administración y Control de Convenios  
Teléfono: 2105-4860, ext. 2018 Fax: 2105-4882

**SOLICITUD DE ASEGURAMIENTO PARA ASEGURADOS VOLUNTARIOS EN CONVENIO**

**II - Declaración bajo fe de Juramento:**

En relación a éste apartado, el Código Penal advierte:

**Artículo 311 – Código Penal – Perjurio:** *“Se impondrá prisión de tres meses a dos años al que faltare a la verdad cuando la Ley le impone bajo juramento o declaración jurada, la obligación de decir la con relación a hechos propios.”*

**Artículo 316 – Código Penal – Falso Testimonio:** *“Se reprimido con prisión de uno a cinco años, el testigo, perito, intérprete, o traductor que afirmare una falsedad o negare o callare la verdad, en todo o en parte, en su deposición, informe, interpretación o traducción.”*

Declaro que los datos y la información suministrada en esta solicitud, así como los documentos adjuntos, son veraces y correctos. Hago la presente declaración informado de las penas que por falso testimonio contempla el Código Penal de Costa Rica. De igual manera, indicó que al momento de solicitar el presente aseguramiento no he sido declarado inválido, por la comisión de la Invalidez de la Gerencia de Pensiones de la Caja, es todo.

Firmo la presente en \_\_\_\_\_, el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

Firma del declarante: \_\_\_\_\_, número de identificación: \_\_\_\_\_.