

## BOLETA DE AFILIACION

### Personas Físicas

Oficina:

Tipo asociado: Parentesco   
Regular

#### A- Datos Personales

Primer Apellido		Segundo Apellido		Nombre(s)		Conocido como	
Número de Identificación			Tipo de Identificación		<input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Cédula de residencia <input type="checkbox"/> Otro (Especifique)		
Fecha de Vencimiento	Día	Mes	Año	Fecha de nacimiento	Día	Mes	Año
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Estado Civil		Nº de Hijos	No de Dependientes	Domicilio	Pais
Cantón		Distrito		Otras señas			
Dirección para correspondencia							
Apartado Postal		Teléfono Habitación		Celular		Fax	
Correo Electrónico					Profesión u oficio		
Nivel Educativo		<input type="checkbox"/> Primaria incompleta <input type="checkbox"/> Secundaria incompleta <input type="checkbox"/> Parauniversitaria <input type="checkbox"/> Universitaria		<input type="checkbox"/> Primaria completa <input type="checkbox"/> Secundaria completa <input type="checkbox"/> Universitaria		Vehículo <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Año _____	
Situación habitacional:		<input type="checkbox"/> Casa Propia <input type="checkbox"/> Prestada <input type="checkbox"/> Entidad Hipotecaria		<input type="checkbox"/> Alquilada c. _____ <input type="checkbox"/> Propia con Hipoteca <input type="checkbox"/> Monto Hipoteca c. _____			

#### B- Datos del Cónyuge

Primer Apellido		Segundo Apellido		Nombre(s)		Conocido como	
Número de Identificación		Tipo de Identificación		<input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte residencia <input type="checkbox"/> Cédula de <input type="checkbox"/> Otro (Especifique)		Fecha nacimiento Día Mes Año	
Lugar de nacimiento		Nacionalidad		Ocupación o actividad actual		Profesión	
Lugar de trabajo		Teléfono Oficina		Teléfono Habitación		Celular	
						Correo Electrónico	

#### C- Datos Laborales

Nombre de la Institución / Empresa			Actividad de la empresa o negocio				
Depto.		Sección/unidad		Puesto		Presupuesto de pago	
Teléfono(s)		Ext.		Fax		Apartado Postal	
Situación Laboral		<input type="checkbox"/> Propiedad <input type="checkbox"/> Interino <input type="checkbox"/> Contrato <input type="checkbox"/> Otro				Fecha ingreso a laborar	
Dirección		Pais		Provincia		Cantón	
						Distrito	
Otras señas							
Correo Electrónico							
Salario Bruto				Salario Líquido		Otros Ingresos	

#### D- Referencias Personales

NOMBRE COMPLETO	TELEFONO	PARENTESCO

#### E- Referencias Bancarias / Comerciales

INSTRUMENTO	ENTIDAD

Si pertenece a algún grupo de interés económico, anote en cuál. \_\_\_\_\_

CENTRO DE ATENCION TELEFONICA: 2243-9500

## F- Origen de los Fondos

Los fondos a transar son originados de la siguiente manera y pertenecen a mi persona:

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Salario<br>(Incluir salario bruto y líquido)    | <input type="checkbox"/> Pensión<br>(Monto, fecha de inicio) | <input type="checkbox"/> Herencia<br>(Nombre de fallecido, parentesco, monto)          | <input type="checkbox"/> Otros Orígenes<br>(Especifique) |
| <input type="checkbox"/> Negocio Propio<br>(Ingreso mensual por negocio) | <input type="checkbox"/> Ahorro en otras Entidades           | <input type="checkbox"/> Traslado de Fondos de otra Entidad<br>(Nombre, monto, motivo) |  |

Detalle \_\_\_\_\_

- Mecanismo utilizado para trasladar los fondos:  Deducción de Planilla  Depósitos de Fondos Locales  Depósitos de Fondos Internacionales  Transferencias Locales  Transferencias Internacionales

Detalle \_\_\_\_\_

Maneja fondos de terceros? NO  SI  En caso de hacerlo, debe completar este mismo documento para cada uno de ellos.

## G- Actividad Transaccional

INGRESO	COLONES	RANGOS	DOLARES
Quincenal <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ¢ 1,000.00	a <input type="checkbox"/> ¢ 250,000.00	<input type="checkbox"/> \$ 1,00 a <input type="checkbox"/> \$ 1,000.00
	<input type="checkbox"/> ¢ 251,000.00	a <input type="checkbox"/> ¢ 500,000.00	<input type="checkbox"/> \$ 1,001.00 a <input type="checkbox"/> \$ 2,000.00
	<input type="checkbox"/> ¢ 501,000.00	a <input type="checkbox"/> ¢ 750,000.00	<input type="checkbox"/> \$ 2,001.00 a <input type="checkbox"/> \$ 3,000.00
Mensual <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ¢ 751,000.00	a <input type="checkbox"/> ¢ 1,000,000.00	<input type="checkbox"/> \$ 3,001.00 a <input type="checkbox"/> \$ 4,000.00
	<input type="checkbox"/> ¢ 1,000,000.00	a <input type="checkbox"/> ¢ 5,000,000.00	<input type="checkbox"/> \$ 4,001.00 a <input type="checkbox"/> \$ 5,000.00
	<input type="checkbox"/> Más de ¢5,000,000.00		<input type="checkbox"/> Más de \$ 5,000.00

Comentarios: \_\_\_\_\_

## H- Beneficiarios

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre	No Cédula	Parentesco

## I- Documentos Adjuntos

- Se adjunta la siguiente documentación:
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Copia de documento de identificación dueño de la cuenta | <input type="checkbox"/> Referencias comerciales y /o bancarias                                  |
| <input type="checkbox"/> Consulta del cliente en bases de datos                  | <input type="checkbox"/> Recibo de pago de servicios públicos (debe señalar la dirección exacta) |

Autorizo a COOPESERVIDORES, R.L.: 1) A deducir de mi salario, por concepto de ahorro, la suma correspondiente, actualmente 2% del salario bruto, o bien una cuota fija de ¢12,500.00, si mi salario es mayor o igual a los ¢500,000.00 y sea actualizada toda vez que mi salario se modifique. 2) A deducir de mi salario la cuota del Fondo de Mutualidad, siempre y cuando cumpla con lo indicado en el Reglamento del Fondo Mutual. 3) La apertura de una cuena de ahorro a mi nombre. 4) A deducir de mi capital social, en caso de renunciar como asociado: 2 cuotas si renuncio antes de un año de afiliado, una cuota si renuncio entre uno y dos años y 1/2 cuota si renuncio entre 2 y 3 años. 5) A verificar por otros medios la información proporcionada. 6) A ser informado por cualquier medio de comunicación.

\* Declaro que: 1) Este documento ha sido completado por mi y/o en mi presencia y que la información prevista en el mismo es fiel y verdadera, por tanto, acepto que cualquier omisión o falsedad en la información causaría la cancelación de esta solicitud, sin perjuicio de las responsabilidades penales y civiles que se puedan generar. 2) Que mis transacciones no provienen de actividades ilícitas y mis operaciones son propias de la empresa.

"Yo \_\_\_\_\_, cédula de identidad No. \_\_\_\_\_, declaro bajo fe de juramento y efectivas penas que castigan el falso testimonio, que acepto y declaro conocer las disposiciones estatutarias y reglamentarias de la Cooperativa en general, y en particular, las que rigen el Fondo de Mutualidad, por lo cual, manifiesto que, tanto mi cónyuge o conviviente y yo, nos encontramos en buen estado de salud y no padecemos, ni ha sido diagnosticada, ninguna enfermedad terminal, definida para efectos prácticos como cualquier alteración del estado fisiológico que lleve a quien la padece, a una muerte prematura".

Sabedor de la trascendencia legal de mis renunciaciones y estipulaciones y en completo consentimiento, firmo en la ciudad de \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año 200\_\_\_\_\_.

Firma: \_\_\_\_\_ N° Cédula: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Afiliado por: \_\_\_\_\_ (Nombre completo) \_\_\_\_\_ (N° Cédula) \_\_\_\_\_ (Firma)

## Aprobación

RESOLUCION: ACEPTADA  POSPUESTO:  RECHAZADO:

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

SESION N° \_\_\_\_\_ CELEBRADA EL \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DEL 200\_\_\_\_\_

DIRECTOR DEL CONSEJO DE ADMINISTRACION: \_\_\_\_\_

\*En cumplimiento de la normativa nacional .