

BOLETA DE AFILIACION

Personas Físicas Asociados por Conveniencia

Oficina: _____

Tipo asociado: _____

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 Caducidad		Día		Mes		Año		Lugar de Nacimiento		Fecha de Nacimiento		Día		Mes		Año		Nacionalidad	
Sexo		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Estado Civil		N° de Hijos		No de Dependientes		Domicilio		Pais		Provincia					
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"/> Primaria completa		<input type="checkbox"/> Secundaria incompleta <input type="checkbox"/> Secundaria completa		<input type="checkbox"/> Parauniversitaria <input type="checkbox"/> Universitaria		Vehículo		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		Año _____	
-----------------	--	---	--	---	--	---	--	----------	--	---	--	-----------	--

Situación habitacional:		<input type="checkbox"/> Casa Propia <input type="checkbox"/> Casa Prestada <input type="checkbox"/> Propia con hipoteca		Entidad hipotecaria: _____		Monto Hipoteca € _____		<input type="checkbox"/> Alquilada € _____	
-------------------------	--	--	--	----------------------------	--	------------------------	--	--	--

B- Datos del Cónyuge

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

C- Datos Laborales

Nombre de la Intitución / Empresa						Actividad de la empresa o negocio													
Depto.				Sección/unidad				Puesto				Presupuesto de pago							
Teléfono(1)				Teléfono(2)				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
(Incluir salario bruto y líquido) | <input type="checkbox"/> Pensión
(Monto, fecha de inicio) | <input type="checkbox"/> Herencia
(Nombre de fallecido, parentesco, monto) | <input type="checkbox"/> Otros Orígenes
(Especifique) |
| <input type="checkbox"/> Negocio Propio
(Ingreso mensual por negocio) | <input type="checkbox"/> Ahorro en otras Entidades | <input type="checkbox"/> Traslado de Fondos de otra Entidad
(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

	COLONES	DOLARES
Quincenal <input style="width: 80px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> ₡ 500.000.00	<input type="checkbox"/> \$ 1.000.00
	<input type="checkbox"/> ₡ 1.000.001.00	<input type="checkbox"/> \$ 35.001.00
	<input type="checkbox"/> ₡ 50.000.001.00	<input type="checkbox"/> \$ 150.001.00
Mensual <input style="width: 80px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> ₡ 100.000.001.00	<input type="checkbox"/> \$ 300.001.00
	<input type="checkbox"/> ₡ Más de ₡ 250.000.001	<input type="checkbox"/> \$ 500.001.00
		<input type="checkbox"/> Más de \$ 1.000.000.00

Comentarios: _____

H- Beneficiarios

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre	No Cédula	Parentesco	Porcentaje

I- Documentos Adjuntos

Se adjunta la siguiente documentación:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Copia de documento de identificación dueño de la cuenta y autorizados | <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) |

* 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. Autorizo a ser informado por cualquier medio de comunicación.

Autorizo a COOPESERVIDORES, R.L., a verificar por otros medios la información proporcionada y declaro que mis transacciones no provienen de actividades ilícitas y mis operaciones son propias de la empresa.

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: _____