

SOLICITUD DE AFILIACION



Valor Contribución Inicial \$37.780

CLM

CIUDAD:

FECHA: DD MM AA

TIPO DE SOLICITUD

1a Vez | Reafiliación | Por sustitución

Señores

ASOBURSATIL Y (Empresa para la cual trabaja)

Me permito manifestar a ustedes que deseo afiliarme a **ASOBURSATIL**, por tanto:

1. Autorizo a , para deducir y/o retener mensualmente de las sumas que me deban ser pagadas, por cualquier concepto, tales como salarios, primas, bonificaciones, etc, las sumas correspondientes al valor de mi ahorro y contribución ordinaria según mi salario vigente y de todas las obligaciones a mi cargo y a favor de **ASOBURSATIL**.

2. Autorizo a , para que las sumas que me descuenten, de acuerdo como lo establecido el punto anterior sean entregadas directamente a **ASOBURSATIL**.

3. En caso de cambio en mi nivel salarial, autorizo a para hacer la respectiva modificación de mi ahorro y contribución ordinaria.

4. En caso de mi retiro definitivo de autorizo a **ASOBURSATIL** para excluirme automáticamente de todos los programas de seguros y de salud en los que me encuentre incluido a través de la asociación.

Firma Asociado y C.C.

VoBo Administrativo y/o Gestión Humana / Firma y Sello

DATOS DEL SOLICITANTE

Apellidos y Nombres C.C.

Fecha de Nacimiento DD MM AA Estado Civil

Dirección Oficina Tel. Oficina

Dirección Casa Tel. Casa

Vivienda: Propia Arrendada Familiar Envío de Correspondencia: Oficina Residencia

Celular Correo Electrónico Fecha Ingreso a la Empresa DD MM AA

Cargo Salario Actual

Tipo de Contrato Afiliado a otro fondo de empleados o cooperativa Si No

Cuál?

NIVEL EDUCATIVO DEL ASOCIADO

Primaria Secundaria Universitarios Otros (Cuales?)

DATOS DEL GRUPO FAMILIAR

Nombre del Conyuge

Hijos 1 2 3

Nombre Fecha de Nacimiento DD MM AA

Nombre Fecha de Nacimiento DD MM AA

Nombre Fecha de Nacimiento DD MM AA

NIVEL DE AFILIACION Y AHORRO MAS CONTRIBUCION

A De 1 a 2 S.M.L.V \$ 12.124 B Mas de 2 a 5 S.M.L.V \$ 25.410 C De 5 a 10 S.M.L.V \$ 45.760 D Mas de 10 S.M.L.V \$ 75.046

Firma Asociado y C.C.

NOTA: Anexar certificación laboral, fotocopia cédula y copia registro civil de los hijos beneficiarios