

SOLICITUD DE AFILIACION

Valor Contribución Inicial \$34.333

CIUDAD: _____ FECHA: 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 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

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

Nombre _____ Fecha de Nacimiento

Nombre _____ Fecha de Nacimiento

Nombre _____ Fecha de Nacimiento

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