

	<b>SOLICITUD DE AFILIACIÓN</b>		Código: A-USA-F08	
	UNIDAD SERVICIO AL ASOCIADO		Consecutivo: 1 de 1	Edición: 02

### DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre	Primer apellido	Segundo apellido	Cédula	Fecha de nacimiento
Estado civil	Sexo	Provincia, Cantón, Distrito		
E-mail trabajo		Dirección del domicilio		
E-mail personal		*Cuenta IBAN depósito de planilla	Fecha de ingreso al BCR	
Puesto que desempeña	Es empleado fijo del BCR		Si es transitorio, fecha de vencimiento del contrato	
	SI	NO		
Oficina donde labora		Teléfono de oficina		Extensión
Teléfono domicilio		Teléfono celular		
Nombre de la profesión o estado académico		Institución del Conglomerado BCR donde labora		

\*Los desembolsos producto de ahorro o crédito, únicamente serán aplicados a la cuenta bancaria registradas en la boleta de afiliación a favor del asociado, dicha cuenta es la de planillas que el Conglomerado BCR le ha facilitado. Lo anterior en cumplimiento de acuerdos existentes aprobados por la Junta Directiva.

\*En aquellos créditos que medie un beneficiario diferente por el servicio o producto comprado, los pagos se harán a las cuentas previamente acordadas (por ejemplo créditos con garantía real, convenios u otros).

### DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

A continuación, designo a los beneficiarios de mis derechos en ASOBANCOSTA, quienes podrán hacer uso de ellos en caso de fallecimiento del suscrito.

Nombre y apellidos del beneficiario	Número de cédula del beneficiario	Parentesco con el asociado	Teléfono(s)	Porcentaje de participación

**Importante:** Por motivo de facilidad de la liquidación de los recursos ante la presencia de un deceso, no se recomienda se incluyan menores de edad como beneficiarios por las diferentes circunstancias que se puedan presentar al momento de girar los dineros.

Solicito a la Junta Directiva de ASOBANCOSTA se sirva admitirme como afiliado, para lo cual me comprometo a cubrir el ahorro mensual que establecen los estatutos y acepto las demás condiciones y reglamentaciones que rigen a esa organización.

Autorizo al Banco de Costa Rica para que deduzca de mi salario de acuerdo con mi periodicidad de pago el 5% y lo gire a la Asociación Solidarista de Empleados del Banco de Costa Rica y Afines como parte de mi ahorro ordinario personal.

**Adjuntar copia de la cédula.**

Fecha	Firma del solicitante	<b>CONOCIDA POR LA JUNTA DIRECTIVA</b>	
		Reunión #	Fecha