


| | | | | |
|---|--------------------------------|--|------------------------|----------------|
|  | SOLICITUD DE AFILIACIÓN | | 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 | | |
| Número de empleado | Oficina donde labora | Teléfono de oficina | | Extensión |
| Teléfono domicilio | | Teléfono celular | | |
| Nombre de la profesión o estado académico | | Nombre de la Unidad Ejecutora del BCR | | Unidad Ejecutora # |

*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 | CONOCIDA POR LA JUNTA DIRECTIVA | |
| | | Reunión # | Fecha |