



**C.A.C.E.H.N., R. L.**  
**COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO**  
**EMPLEADOS DEL HOSPITAL DEL NIÑO, R.L.**

**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**

Fecha: \_\_\_\_\_

NUEVO INGRESO	<input type="checkbox"/>	REINGRESO	<input type="checkbox"/>	ACTUALIZACIÓN A LA SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN	<input type="checkbox"/>
---------------	--------------------------	-----------	--------------------------	---	--------------------------

**1. DATOS PERSONALES**

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido Paterno	Apellido Materno	Apellido de Casada
Cédula o Pasaporte (si es extranjero)		No. Seguro Social	Lugar de Nacimiento	Fecha de Nacimiento
Edad	Tipo de Sangre	Estado Civil (C) (S) (U)	Sexo (F) (M)	N° de Dependientes

**NIVEL EDUCATIVO**

Primaria	Secundaria	Universidad	Profesión o título obtenido
----------	------------	-------------	-----------------------------

**2. DIRECCIÓN RESIDENCIAL ACTUAL**  CASA PROPIA  ALQUILER  HIPOTECA  AGREGADO

Barrio	Corregimiento	Calle	Casa o Edif.
Correo Electrónico	Teléfono	Celular	

**3. LUGAR DE TRABAJO**

Nombre de la Empresa	Departamento	Cargo que Desempeña	Salario
Fecha de inicio de labores	Teléfono de Oficina	Extensión	Celular
Otros Ingresos			
Años de Servicio	Calle	Barrio	Corregimiento
			Casa o Edificio

Nombre de un familiar cercano que no viva con usted \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Empresa donde trabaja: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

**4. CERTIFICADOS DE APORTACIONES**

Me comprometo a pagar en concepto de Capital de Aportaciones quincenalmente la suma de	B/.
Me comprometo a pagar en concepto de Ahorro de Retiro quincenalmente la suma de	B/.
Me comprometo a pagar en concepto de Prima de Seguro quincenalmente la suma de	B/. 1.00

Cada asociado al ingresar a la Cooperativa suscribirá el valor total de sus aportaciones y pagará al menos, una aportación. La parte no pagada por los asociados se considerará una obligación exigible por parte de la Cooperativa.

**5. FONDO FUNERARIO (PADRE, MADRE E HIJOS MENORES DE EDAD O HASTA 23 AÑOS SI ESTÁN ESTUDIANDO) SEGÚN REGLAMENTO DE FONDO FUNERARIO**

Nombre Completo del Padre	Dirección	Teléfono	Edad
Nombre Completo de la Madre	Dirección	Teléfono	Edad
Nombre Completo del Hijo menor # 1	Dirección	Teléfono	Edad
Nombre Completo del Hijo menor # 2	Dirección	Teléfono	Edad
Nombre Completo del Hijo menor # 3	Dirección	Teléfono	Edad

Designo a: (En caso de muerte del asociado el beneficiario recibe la ayuda, según Reglamento de Fondo Funerario)

Beneficiario (1)	Parentesco	Teléfono	Edad
Beneficiario (2)	Parentesco	Teléfono	Edad

\_\_\_\_\_  
Firma del Asociado

\_\_\_\_\_  
Verificado por la Cooperativa

N° Cédula: \_\_\_\_\_

**6. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS**

Se pagará según el porcentaje descrito las Aportaciones, Ahorros del Asociado fallecido y Colectivo de Vida.

Designo como Beneficiarios para que sean entregados en caso de muerte mis derechos en la Cooperativa de acuerdo en lo dispuesto en el Estatuto de la forma siguiente:

NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	No. CEDULA	FECHA NAC.	DIRECCIÓN	TELÉFONO	%
						100%

EN CASO DE SER MENOR DE EDAD EL BENEFICIARIO, EL CUSTODIO DEL BENEFICIO SERÁ:

PRIMER BENEFICIARIO	PARENTESCO DEL MENOR	TELÉFONO	EDAD
---------------------	----------------------	----------	------

FIRMA DEL ASOCIADO: \_\_\_\_\_

**7. DECLARACIÓN DE CÓNYUGE - SEGURO FUNERARIO (EN CASO DE MUERTE DEL CÓNYUGE, EL ASOCIADO RECIBE EL BENEFICIO SUJETO A LAS CLÁUSULAS CONTRACTUALES DE LA PÓLIZA. CONYUGES MAYORES DE 55 AÑOS, NO ESTAN CUBIERTOS POR LAS PÓLIZAS. EL BENEFICIO ES SEGÚN REGLAMENTO DE FONDO FUNERARIO.**

NOMBRE DEL CÓNYUGE		FECHA DE NACIMIENTO		EDAD
No. CÉDULA	No. SEGURO SOCIAL	TELEFONO DE OFICINA	EXTENSIÓN	CELULAR
LUGAR DE TRABAJO		DIRECCIÓN DE TRABAJO		
SALARIO MENSUAL		OTROS INGRESOS		

BENEFICIARIOS (EN CASO DE MUERTE DEL ASOCIADO LOS O EL BENEFICIARIO RECIBE EL BENEFICIO DE SEGURO FUNERARIO, SUJETO A LAS CLÁUSULAS CONTRACTUALES DE LA PÓLIZA

PRIMER BENEFICIARIO	PARENTESCO	TELEFONO	EDAD
SEGUNDO BENEFICIARIO	PARENTESCO	TELEFONO	EDAD

**REFERENCIAS PERSONALES (NO FAMILIARES)**

NOMBRE	DIRECCIÓN	TELEFONO
NOMBRE	DIRECCIÓN	TELEFONO

**REFERENCIA CONFIRMADA**

FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

**NIVEL DE RIESGO**

ALTO ( )      MEDIANO ( )      BAJO ( )

**REFERENCIAS DE CRÉDITOS**

NOMBRE	DIRECCIÓN	TELEFONO
NOMBRE	DIRECCIÓN	TELEFONO

**CUENTAS BANCARIAS**

NOMBRE DEL BANCO	TIPO DE CUENTA	SALDO
------------------	----------------	-------

**AUTORIZACIÓN DE CONSULTA DE DATOS EN LA APC Y VERIFICACIÓN DE DATOS**

Por este medio certifico que toda la información detallada en esta solicitud es totalmente verdadera, cualquier dato omitido o incierto es responsabilidad de mi persona. De igual forma autorizo a la Cooperativa de Ahorro y Crédito Empleados del Hospital del Niño, R.L. para verificar la información. Igualmente queda autorizada la Cooperativa de Ahorro y Crédito Empleados del Hospital del Niño, R.L. mediante sus representantes y o agentes para consultar, dar, actualizar y solicitar información sobre mi historial de crédito en toda y cada una de las agencias de información de datos existentes o agentes económicos en cualquier momento y a su entera discreción cada vez que sea necesario.

Firma del Asociado: \_\_\_\_\_ No. de Cédula: \_\_\_\_\_

**PARA USO DE LA COOPERATIVA**

**8. CANCELACIÓN DE BENEFICIOS DEL FONDO FUNERARIO:**

NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA FALLECIDA	PARENTESCO	CHEQUE No.	FECHA RECIBIDO	CANTIDAD

**PARA USO DE LA JUNTA DE DIRECTORES**

**9. EN REUNIÓN CELEBRADA POR LA JUNTA DE DIRECTORES**

ACTA No.	DÍA	MES	AÑO	APROBAMOS	RECHAZAMOS
----------	-----	-----	-----	-----------	------------

\_\_\_\_\_  
Presidente(a) de la Junta de Directores

\_\_\_\_\_  
Secretario(a) de la Junta