

SOLICITUD DE ADMISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE DATOS

NOTA IMPORTANTE: la persona que se afilia NO DEBE hacer ningún pago a terceras personas al llenar esta boleta.

PERSONA FÍSICA

Por este medio, Yo, _____
(Anote su nombre completo tal y como aparece en la cédula)

No. Identificación: _____ Cédula para Deducción: _____

Tipo de identificación:

Cédula Identidad Cédula Residencia Pasaporte Otro Fecha de vencimiento: _____

Solicito ser aceptado como asociado de esta Cooperativa, declaro conocer y aceptar los principios universales del cooperativismo, las leyes cooperativas y el Estatuto de Cooperativa Universitaria de Ahorro y Crédito R.L. Me comprometo a aportar por mes de mi salario nominal: 1.5% al Capital Social y cuotas de créditos recibidos. Además, autorizo a Cooperativa Universitaria de Ahorro y Crédito R.L. en forma irrevocable e irrestricta para que gestione ante mi patrono o ente pagador, la deducción de cuotas mensuales correspondientes a ahorros, pólizas y créditos adquiridos en la misma. Así mismo autorizo a Cooperativa Universitaria de Ahorro y Crédito R.L. a solicitar información salarial ante mi patrono para efectos de facilitar el trámite de crédito en la Cooperativa.

DATOS PERSONALES

Fecha de Nacimiento: _____ País: _____ Lugar: _____

Nacionalidad: _____ Sexo: M F Estado Civil: _____ No. Personas que dependen de usted: _____

Profesión u Oficio: _____ Nivel Académico: _____

Dirección de Domicilio:

País: _____ Provincia: _____ Cantón: _____ Distrito: _____

Otras Señas: _____

Tel habitación: _____ Celular: _____ Fax: _____ Email: _____

DATOS LABORALES

Trabaja por cuenta propia: SI NO (de ser afirmativo pase a la pregunta de Recursos Propios) Deducción de cuotas automática: SI NO

Lugar de trabajo: _____ Tipo Patrono: PUB PRIV Dpto. / Ofic.: _____ Fecha de Ingreso: _____

Cargo que desempeña: _____ Ingreso bruto (salario): _____ Ingreso neto: _____

Su condición laboral es: Propiedad Interino Pensionado Por contrato Otro: _____

Dirección del trabajo:

Provincia: _____ Cantón: _____ Distrito: _____

Otras Señas: _____

Tel Trabajo: _____ Extensión: _____ Fax: _____ Email: _____

Recursos propios:

Además de su salario, ¿tiene otras fuentes de ingreso? SI No

¿De qué actividad?: _____ Monto promedio mensual: _____

RECURSOS PROPIOS

De que Actividad Comercial?: _____ Nombre de la empresa o negocio: _____

Producto o servicio que ofrece: _____ Ingreso promedio mensual: _____

Dirección de la empresa o negocio:

Provincia: _____ Cantón: _____ Distrito: _____ Otras Señas: _____

Tel: _____ Fax: _____ E-mail: _____ Apdo y zona postal: _____

Dónde desea que le enviemos su correspondencia: Casa Trabajo Apdo. postal E-mail

¿Está inscrito ante el Ministerio de Hacienda? SI NO

DATOS PATRIMONIALES

Habita en casa: Propia sin hipoteca Propia con hipoteca Alquilada Prestada Otro

Tiene vehículo propio: SI NO Marca: _____ Año: _____ No. Placa: _____

Tiene otras propiedades a su nombre: SI NO De qué tipo: _____

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Cédula	Nombre Completo	Teléfono	Parentesco	%

TRANSACCIONALIDAD

Monto mensual estimado de las transacciones a realizar: **Ingresos ¢** _____ **Egresos ¢** _____

Al efectuar sus depósitos o pagos ¿Cuál medio utilizará con mayor frecuencia para realizar sus transacciones?

Efectivo Títulos valores Transferencias electrónicas Cheques

INFORMACIÓN BÁSICA

¿Cómo se enteró de la Cooperativa?

Volantes Fuerza de Ventas Visita al centro de trabajo Referencia Otro

¿Qué lo motivó a afiliarse a la Cooperativa?

Servicio de Ahorros Servicios de crédito Inversión beneficios Otro

¿Maneja fondos de terceras personas? SI NO ¿De Quién? _____

En caso afirmativo responda ¿Está inscrito en Sugef? SI NO

¿Tiene parentesco con algún funcionario de la Cooperativa? SI NO Nombre: _____

¿Desempeña o ha desempeñado un cargo político? SI NO

Período: _____ Cargo: _____ Institución: _____

¿Tiene parentesco con alguna persona que desempeña o ha desempeñado cargos políticos? SI NO

Nombre: _____

¿Es residente de EEUU? SI NO ¿Es contribuyente del impuesto de renta de los EEUU? SI NO

En caso afirmativo indique el número de TIN _____

DECLARACIÓN JURADA

Declaro bajo juramento de decir verdad: I) Que he completado este formulario personalmente y en tal sentido lo rubrico de mi puño y letra. II) Que la información aquí consignada es fiel y verdadera. III) Que he brindado esta información como parte de mi solicitud de admisión como asociado de Cooperativa Universitaria de Ahorro y Crédito R.L. para utilizar los servicios que ofrece Cooperativa Universitaria de Ahorro y Crédito R.L.; IV) Que los fondos que eventualmente maneje en las cuentas y/o servicios que ofrece la Cooperativa, provienen de fuentes lícitas y verificables; V) Que no manejaré en ellas fondos propiedad de terceros, sin previa comunicación a Cooperativa Universitaria de Ahorro y Crédito R.L.; VI) Que nunca he sido procesado, juzgado, ni condenado por delitos contra la propiedad, contra la buena fe en los negocios, o por alguna infracción a la Ley de Psicotrópicos, como el tráfico de drogas, o el lavado de dinero.

Con motivo del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) y cualquier otra regulación que formalmente sea emitida por las autoridades gubernamentales de los Estados Unidos de América, o bien adoptada por la Dirección General de Tributación (DGT) de Costa Rica en atención a tratados de intercambio de información tributaria que formalmente deba implementar Cooperativa Universitaria de Ahorro y Crédito R.L., el titular acepta y autoriza a Cooperativa Universitaria de Ahorro y Crédito R.L. para que solicite, documente y reporte la información del cuentahabiente y cumpla los deberes que prescriben dichos preceptos normativos, renunciando expresamente a ejercer cualquier acción en contra de Cooperativa Universitaria de Ahorro y Crédito R.L. y manteniendo indemnes a sus funcionarios(as) por ejecutar dichas regulaciones. Asimismo, el titular formalmente declara que ni el secreto bancario, ni la tutela del derecho a la intimidad serán limitación alguna para que el pueda cumplir dichas disposiciones, en virtud del artículo 615 del Código de Comercio (Ley N° 3284). Si por parte del cliente existiere obstrucción, falta de diligencia o falsedad en la información proporcionada o falta de cumplimiento de los plazos establecidos en los requerimientos de información que establezca la institución Cooperativa Universitaria de Ahorro y Crédito tendrá facultades irrevocables para cerrar las cuentas y terminar cualquier contrato que mantenga con el titular, sin responsabilidad alguna para la Entidad. Advierto, que conozco y acepto que cualquier omisión o falsedad que constatare Cooperativa Universitaria de Ahorro y Crédito R.L. en los datos aquí suministrados podría ser causal de rechazo de esta solicitud de asociación; si tal omisión o falsedad fueren detectadas posteriormente, esto podría acarrear la pérdida de mi credencial de asociado a Cooperativa Universitaria de Ahorro y Crédito R.L. según el marco sancionatorio del Estatuto. SI NO

Doy consentimiento a la Cooperativa Universitaria de Ahorro y Crédito para recibir información comercial o publicitaria. SI NO

Autorizo expresamente a Cooperativa Universitaria de Ahorro y Crédito R.L. para que confirme por los medios que estime necesarios, toda mi información personal y laboral y me comprometo a brindar toda la información o documentación adicional que la cooperativa requiera para el análisis de mi solicitud y además me comprometo a informar de inmediato a la Cooperativa cualquier cambio en mi domicilio residencial y laboral, correo electrónico o números telefónicos. SI NO

Doy consentimiento a la Cooperativa Universitaria de Ahorro y Crédito para obtener la tarjeta de débito de la Cooperativa SI NO

Firma

Número de Identificación

Fecha

PARA USO EXCLUSIVO DE COOPERATIVA UNIVERSITARIA DE AHORRO Y CRÉDITO R.L

Nombre del funcionario que recolecta la información

Firma

Fecha

Nombre del funcionario que incluye en la Base de Datos:

Firma

Fecha

RESOLUCIÓN DEL CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN DE LA COOPERATIVA UNIVERSITARIA DE AHORRO Y CRÉDITO R.L

Asociado # Aceptado Rechazado A los días del mes de del año

Esto es en concordancia a la modificación del artículo 9, inciso a, del Estatuto Social de la Cooperativa.

FIRMA GERENCIA GENERAL

FIRMA POR PARTE DEL CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN