

SOLICITUD DE AFILIACION

Valor Contribución Inicial \$ 45.964

CLM

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

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

En caso de fallecimiento autorizo desembolsar los ahorros a:

Nombre	Parentesco	Porcentaje
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Firma Asociado y C.C.

SOLICITUD DE AFILIACION

Autorizo expresamente para que los datos que he registrado en la presente solicitud, sean ingresados a la base de datos de la **ASOCIACION MUTUAL BURSATIL "ASOBURSATIL"**, especialmente mi nombre completo o razón social, cedula de ciudadanía, dirección de correspondencia, teléfonos fijos, teléfono celular, correo electrónico. En caso de ser persona jurídica, el nit, el nombre del representante legal, su domicilio, su número de teléfono celular, información que permanecerá en nuestra base de datos indefinidamente, mientras se mantengan relaciones comerciales con Usted.

Los derechos que le asiste según la Ley como titular de los datos personales incluidos en nuestra base de datos, se pueden conocer por Usted cuando lo solicite por escrito al correo electrónico asistenteservicioalasociado@asobursatil.org ; o envíe una comunicación en tal sentido a la calle 69 A No. 9-43 en Bogotá, o por vía telefónica a través del teléfono 314-5628, extensión 119; así mismo podrá actualizarlos, rectificarlos, suprimir información y revocar la presente autorización. La fecha de la presente autorización será aquella en que se solicita el cupo de crédito y el aumento del cupo, en todo caso podrá ser utilizada mi información personal, mientras dure la relación comercial que se tenga con ASOCIACION MUTUAL BURSATIL "ASOBURSATIL"

Firma Asociado

C.C

Fecha d-m-a