



Cooperativa Financiera
UNIVERSITARIA
ACOPUS de R.L.

SOLICITUD DE ADMISIÓN



_____, _____ de _____ de _____

Señores:

Asociación Cooperativa de Ahorro, Crédito Consumo y
Aprovisionamiento de los Miembros de la Comunidad y
Corporación de la Universidad de El Salvador de
Responsabilidad Limitada
Presente.

FOTO

Por este medio solicito se me admita como asociado de su cooperativa, así mismo manifiesto que me obligo a cumplir con lo dispuesto en la Ley General de Asociaciones Cooperativas, su Reglamento. Estatutos y Reglamentos Internos de la Cooperativa, así como enmiendas que a futuro se les hicieran y todas aquellas disposiciones legales y administrativas de interés para la cooperativa.

DATOS GENERALES

Nombre Completo: _____ Estado Civil: _____
Documento Único de Identidad: _____ Lugar y Fecha de Expedición: _____
N° de I.S.SS: _____ N° de INPEP: _____ N° de N.I.T.: _____
N° de Licencia de Conducir: _____
Lugar y Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Años
Profesión u Oficio: _____ Lugar de Residencia Actual: _____
Tel. Fijo de Contacto: _____
Lugar y Dirección de Trabajo: _____
Tel. de Trabajo: _____ Cel.: _____
E-mail: _____ Cargo: _____ Desde: _____
Plaza eventual o permanente: _____ Tiempo de laborar en la Empresa: _____
Actividad Económica: _____ Negocio Propio: _____
Tipo de Negocio: _____ Tiempo de establecido el Negocio: _____
¿En qué otras cooperativa está asociado? _____
instituciones que le han otorgado crédito (Cooperativas. Bancos. Cajas de Crédito, Casas Comerciales etc.) _____
Nombre del Cónyuge: _____
Lugar y Dirección de Trabajo: _____
Tel.: _____
E-mail: _____ Cargo: _____ Desde: _____
Plaza eventual o permanente: _____ Tiempo de laborar en la Empresa: _____
Actividad Económica: _____ Negocio Propio: _____
Tipo de Negocio: _____ Tiempo de establecido el Negocio: _____
Ingresos del Solicitante
Sueldos \$ _____ Otros \$ _____
Ganancia neta del Negocio: \$ _____

Sueldos o Ganancias Netas del
Negocio \$ _____

Otros \$ _____

En caso de fallecimiento, para efectos del reclamo del seguro sobre protección de ahorro, aportaciones y préstamos, designo beneficiarios a:

	NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	%	DIRECCIÓN
1					
2					
3					
4					
5					

1. ¿Goza de buena salud actualmente?

Si ☐

No ☐

2. ¿Tiene usted que someterse a una operación quirúrgica o cualquier otro tratamiento que requiera hospitalización en un futuro cercano?

Si ☐

No ☐

3. Nombre de los médicos consultados los últimos cinco años:

4. Personas que lo recomiendan: _____

Convengo que las respuestas anteriores forman parte de mi solicitud. Expresamente renuncio, en mi nombre propio y en el de cualquier persona que tuviere o reclamare algún interés en cualquier póliza emitida en virtud de esta solicitud, a todas las disposiciones de la ley que le prohíban a un médico, Institución u otra persona que me haya asistido, examinado o que me pueda asistir o examinar en lo sucesivo, revelar todo conocimiento e información adquirido por tal medio.

F. _____

FIRMA

ESPACIO RESERVADO PARA LA COOPERATIVA

SISTEMA COOPERATIVO FINANCIERO

APROBADO _____ DENEGADO _____ FECHA _____

OBSERVACIONES: _____

F. _____

NOMBRE Y FIRMA DEL GERENTE