

**COOPERATIVA UNIVERSITARIA DE AHORRO Y CRÉDITO R.L.**

# 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, \_\_\_\_\_  
(Anoté 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: \_\_\_\_\_ Apdo y zona postal: \_\_\_\_\_  
 Tel Hab: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

¿Es usted Pensionado?  SI  NO Régimen:  Hacienda  CCSS Monto bruto de pensión: \_\_\_\_\_

## 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: \_\_\_\_\_ Apdo y zona postal: \_\_\_\_\_  
 Tel Hab: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

### Recursos propios:

Además de su salario, ¿tiene otras fuentes de ingreso?  SI  NO  
 ¿De qué actividad?: \_\_\_\_\_ Monto promedio mensual: \_\_\_\_\_

## 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	%

\*Si requiere agregar más beneficiarios por favor solicite una hoja adicional

## 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 DE LA GERENCIA GENERAL 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 \_\_\_\_\_