

Boleta de Afiliación

Tipo de afiliación: Nuevo Ingreso Re-afiliación Actualización
 Re-afiliación (Por renovación de contrato)

Es referido por: Nombre: Cédula:

Datos del asociado

Nombre:

No. Cédula: Fecha de nacimiento:

Estado Civil: Soltero (a) Casado (a) Unión Libre Otro

Dirección: Provincia: Cantón: Distrito:

Otras señas:

Tel. residencia: Tel. celular: Tel. Oficina o Ext:

Correo institucional: Correo personal:

Cuenta IBAN (Cuenta de salario):

Cuenta BN (la que inicia con 100 o 200):

¿Cumple o ha cumplido funciones públicas o políticas destacadas o es (el conyuge, hijo, madre, padre o hermanos) del funcionario? Si No

Si su respuesta es afirmativa especifique su relación (el conyuge, hijo, madre, padre o hermanos) o directo

¿Cuenta usted con ingresos adicionales a su salario? Si No

Si su respuesta es afirmativa indique su actividad u ocupación

Datos laborales

Institución donde labora:

BNCR BN Corredora BN Fondos BN Vital BN Valores BN Centro Excelencia

Fecha de ingreso: No. de empleado: Puesto:

Oficina central piso: No. Oficina: Sucursal:

Condición laboral: En propiedad Ocasional

Forma de pago: Semanal Quincenal Mensual

Salario Bruto (mensual): Salario Neto (mensual):

Indicaciones para nombrar beneficiarios

a. En caso de designar más de un beneficiario y no determinar porcentajes a repartir, el 100% del total a entregar se dividirá entre el total de beneficiarios en partes proporcionales.

b. En caso de fallecimiento de algún beneficiario designado, el porcentaje asignado se entregará al albacea debidamente inscrito en el proceso sucesorio o a los herederos declarados en firme.

Datos de los beneficiarios

Nombre Completo	N cédula	Parentesco	% otorgar	Teléfono

• Solicito a la Junta Directiva de la Asociación Solidarista de Empleados del Banco Nacional de Costa Rica, que se me acepte como miembro de dicha entidad, por lo que prometo y acatar sus estatutos y reglamentos, así como las disposiciones que emanen de su organismo director, además de mantener actualizados mis datos personales. Autorizo al Banco Nacional de Costa Rica, BN Fondos, BN Corredora de Seguros, BN Vital, BN Valores Puesto de Bolsa, BN Centro de Excelencia a deducir de mi salario bruto semanal o bien quincenal (según corresponda mi patrono y forma de pago), el 5% correspondiente a Ahorro Personal, según lo establecen los estatutos de ASEBANACIO.

- Me reservo el derecho de cambiar los beneficiarios aquí indicados, lo cual indispensablemente lo deberé realizar por escrito. La Asociación queda autorizada para que se entregue la información detallada en esta boleta a los beneficiarios, solamente en caso de mi fallecimiento.
- Este formulario y la información proporcionada en el mismo se recogen conforme a la Ley N° 7558 sobre la Prevención de Lavado de Dinero y el Financiamiento del Terrorismo, así como a las regulaciones de la Superintendencia General de Entidades Financieras (SUGE), y será utilizada exclusivamente para fines de verificación y cumplimiento normativo.
- Autorizo a ASEBANACIO a recopilar, almacenar y procesar sus datos personales conforme a lo establecido en la Ley de Protección de la Persona Frente al Tratamiento de sus Datos Personales (Ley N° 8968).
- ASEBANACIO se compromete a mantener la confidencialidad de los datos personales y a utilizar la información únicamente para los fines establecidos, sin perjuicio de las obligaciones legales de reporte ante autoridades competentes en caso de detectar actividades sospechosas.
- Declaro bajo juramento que la información proporcionada es verdadera y acepto que cualquier falsedad anulará mi relación asociativa con ASEBANACIO. Me comprometo a mantener la información actualizada y autorizo a la institución a verificarla. Declaro que mis ingresos y activos son lícitos y que nunca he estado involucrado en actividades criminales, incluyendo el lavado de dinero.

Nota: El aporte patronal se pagará de conformidad con el procedimiento estipulado en el TITULO DECIMO del Código Laboral vigente o sus eventuales reformas. ASEBANACIO entregará a los beneficiarios el ahorro obrero y cualquier personal o suma que tuviere derecho por este concepto, siempre que por mandato de Ley no se establezca otro procedimiento que se le oponga.

En fe de lo expuesto y con la firma de este documento:

Firma del asociado

Fecha



4000-0790



8344-4701



servicioalasociado@asebanacio.com