

CAMBIO DE BENEFICIARIOS



COACEHL
Cooperativa de Ahorro y Crédito
Educadores de Honduras Limitada

*Nombres y apellidos tal como aparece en la Tarjeta de Identidad

Yo, _____ / _____ / _____
Primer nombre* Segundo nombre* Primer apellido* Segundo apellido*

Solicito a la Cooperativa de Ahorro y Crédito Educadores de Honduras Limitada (COACEHL), efectuar el cambio de beneficiario(s), quedando los anteriores sin ningún efecto legal para cualquier reclamo futuro.

Toda la información es de carácter obligatorio. Los campos señalados con (*) se solicitan conforme al Artículo 22 del Reglamento para la prevención y Detección del Uso Indebido de los Servicios y Productos Financieros en el Lavado de Activos.

Información general

Lugar de nacimiento*: _____ Fecha de nacimiento*: _____ / _____ / _____ Edad*: _____

Nº de identificación*: _____ Identidad Pasaporte Carné de residente Sexo*: F M

Nacionalidad*: _____ Estado civil*: Soltero Unión libre Casado Divorciado Nivel educativo*: Medio Superior Otro

Dirección*: _____ / _____ / _____
Departamento Municipio/Ciudad/Aldea Barrio o Colonia Casa Bloque

_____ / _____ / _____
Zona/Sector Calle/Avenida Punto de referencia de la dirección

Teléfono fijo*: _____ Teléfono celular*: _____ Correo electrónico*: _____

Sector*: Público Privado Cargo*: _____ Antigüedad laboral*: _____ años Contrato*: Permanente Interino Otro

Designación de beneficiarios** ** En caso que el beneficiario no sea pariente dentro del segundo grado de consanguinidad o cónyuge, debe solicitarse el número de Identidad del mismo.

Por este medio, con mi firma y huella, declaro ante los representantes de COACEHL que designo como beneficiarios de mis aportaciones, ahorros y Seguro de Vida, a las personas siguientes:

Nombre	Nº de Identidad	Parentesco	Domicilio	Distribución (%)		
				Aportaciones	Ahorro	Seguro

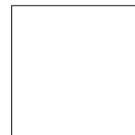
En caso de beneficiarios menores de edad, designo como Tutor a: _____

con Tarjeta de Identidad Nº: _____ Parentesco: _____

"Declaro expresamente que tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal. Asimismo, declaro que los recursos que poseo no provienen de ninguna de las actividades ilícitas contempladas en el Código Penal de Honduras y que la información que he suministrado en este documento es veraz y verificable, y me obligo a actualizarla al menos una vez al año. Acepto el hecho que de demostrarse falso testimonio en la información aquí presentada, COACEHL está facultada a aplicar cualesquiera de las disposiciones establecidas en la Ley de Cooperativas de Honduras, en los artículos 58, 59 y 60 del Reglamento de la Ley de Cooperativas de Honduras, las que establezcan sus estatutos, las disposiciones de los órganos supervisores y las demás contenidas en la legislación vigente, sin que esto implique responsabilidad alguna de COACEHL frente al afiliado".

Como constancia de haber leído, entendiendo y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento en la ciudad de _____ a los _____ días del mes de _____ del año 20_____.

Firma del afiliado



Huella dactilar

Para uso exclusivo de la Cooperativa

Nombre del receptor: _____ Cargo: _____

Filial: _____ Lugar y fecha: _____

Firma y sello del receptor: _____ Revisado por: _____ Labor de campo: si No