

SOLICITUD DE INGRESO AL SEGURO COLECTIVO DE VIDA



COACEHL
Cooperativa de Ahorro y Crédito
Educadores de Honduras Limitada

*Nombres y apellidos tal como aparece en el DNI

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

Autorizo libre y voluntariamente a COACEHL que me deduzca la cuota vigente del Seguro Colectivo de Vida para afiliados.

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*: _____ DNI 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 del Seguro de Vida, a las personas siguientes:

Nombre	DNI	Parentesco	Domicilio	Distribución (%)

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

con Documento Nacional de Identificación 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: _____

Firma y sello del receptor: _____ Labor de campo: Si No