

# SOLICITUD DE APERTURA DE CUENTAS DE AHORRO

\*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 Educativos de Honduras Limitada (COACEHL), la apertura de la Cuenta: Mi Ahorro \_\_\_\_\_ a la vez autorizo se me deduzca mensualmente por planilla  ventanilla  los valores consignados en esta solicitud.Toda la información es de carácter obligatorio. Los campos señalados con (\*) se solicitan conforme al Reglamento del Régimen de Obligaciones, Medidas de Control y Deberes de las instituciones supervisadas en relación a la Ley Especial contra el Lavado de Activos. De acuerdo a la definición descrita en la normativa vigente **Beneficiario Final** es la persona natural que es la propietaria final o que controla a un cliente o la persona natural en cuyo nombre se realiza una transacción. Incluye también a las personas que ejercen el control efectivo final sobre una persona jurídica u otra estructura jurídica según normativa girada por la CNBS.Dueño de la cuenta: Si  No  Tipo de Cuenta: \_\_\_\_\_ **IMPORTANTE:** En caso de confirmar "No", se deberá completar el formulario para tal fin.

## 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 

Título obtenido\*: \_\_\_\_\_ Profesión, ocupación u oficio\*: \_\_\_\_\_

Actividad económica\*: \_\_\_\_\_ Vivienda\*: Propia  Alquilada  Familiar  Cantidad de hijos\*: \_\_\_\_\_ Cantidad de dependientes\*: \_\_\_\_\_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\*: \_\_\_\_\_

## Información laboral y financiera

Nombre del lugar de trabajo\*: \_\_\_\_\_ Nivel\*: Prebásica  Básica  Media  Superior Sector\*: Público  Privado  Cargo\*: \_\_\_\_\_ Antigüedad laboral\*: \_\_\_\_\_ años Contrato\*: Permanente  Interino  Otro 

Especifique\*: \_\_\_\_\_ Teléfono(s)\*: \_\_\_\_\_ Fax\*: \_\_\_\_\_

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

Zona/Sector \_\_\_\_\_ Calle/Avenida \_\_\_\_\_ Punto de referencia de la dirección \_\_\_\_\_

Origen de los ingresos\*: Sueldo bruto\*: \_\_\_\_\_ Sueldo neto\*: \_\_\_\_\_ Otros ingresos\*: \_\_\_\_\_

Procedencia\*: \_\_\_\_\_ Nombre del negocio\*: \_\_\_\_\_ Actividad del negocio\*: \_\_\_\_\_

Colegio(s) Magisterial(es) o sindicatos a los que pertenece\*: \_\_\_\_\_

## Personas expuestas políticamente (PEP)

Ha ostentado un cargo público los últimos cuatro (4) años: No  Si  **IMPORTANTE:** En caso de confirmar "Si", se deberá completar el formulario para tal fin.

## Información del cónyuge o compañero de hogar

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Primer nombre\* Segundo nombre\* Primer apellido\* Segundo apellido\*

Lugar de nacimiento\*: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento\*: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Edad\*: \_\_\_\_\_

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

Nacionalidad\*: \_\_\_\_\_ Profesión, ocupación u oficio\*: \_\_\_\_\_ Actividad económica\*: \_\_\_\_\_

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\*: \_\_\_\_\_

Nombre del lugar de trabajo\*: \_\_\_\_\_ Cargo\*: \_\_\_\_\_ Antigüedad laboral\*: \_\_\_\_\_ años

Sueldo mensual\*: \_\_\_\_\_ Otros ingresos\*: \_\_\_\_\_ Procedencia\*: \_\_\_\_\_

## Apertura de cuentas y autorización de deducciones

Cuenta	Deducción mensual (L)	Promedio anual (L)	Monto estimado mensual (L)	Propósito de la cuenta
Mi Ahorro Retirable				
Mi Ahorro Navideño				
Mi Ahorro Chikicoop				
Mi Ahorro Soñado				

Plazo: 6  9  12  meses      Renovación automática: Si  No       Forma de pago: Planilla  Ventanilla

\*La Forma de pago seleccionada aplica para todas las cuentas arriba descritas.

## Menores cuentahabientes

En caso de ser cuenta Chikicoop completar la siguiente información

Nombre completo	DNI	Deducción mensual (L)	Monto estimado mensual (L)	Propósito de la cuenta

Adjuntar

- Partida de Nacimiento original del (los) menor (es).
- Fotocopia de la Tarjeta de Identidad del tutor.

Cuando el menor cumpla los (18) años de edad, la Cooperativa cancelará, automáticamente la cuenta, trasladando los valores a la cuenta del tutor, ya sea a la cuenta valores a devolver o la cuenta retirable.

## 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 cuentas de ahorro a las personas siguientes:

Nombre	DNI	Parentesco	Domicilio	Distribución (%)

En caso de beneficiarios menores de edad, designo como Tutor a: \_\_\_\_\_  
con Tarjeta de Identidad N°: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

## Referencias del solicitante

Referencias personales\*

Nombre completo	Parentesco	Dirección	Teléfono

Referencias bancarias y/o comerciales\*

Nombre de la institución	Dirección	Teléfono

"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: \_\_\_\_\_

Nº de cuenta creada: \_\_\_\_\_ Labor de campo: Si  No