Asociación Cooperativa de Ahorro Crédito y Consumo de los Empleados de la Administración Nacional de Telecomunicaciones de Responsabilidad Limitada, ACACCEANTEL de R.L. (SOLICITUD DE INGRESO)

Cod. Afiliación

SEÑORES
CONSEJO DE ADMINISTRACION
ACACCEANTEL de R.L.
PRESENTE.

Actualización de Beneficiarios SI ◯ NO ◯ **Modificación de cuota de Aportación** SI ◯ NO ◯ **Nuevo Ingreso** SI ◯ NO ◯

Yo, _____ de _____ años de edad del domicilio de _____

Departamento de _____ con Documento Único de Identidad Numero: _____

Por medio de la presente solicito, se me admita como Asociado de **ACACCEANTEL de R.L,** así mismo manifiesto que me **OBLIGO:**

- **a.** A conocer y a cumplir con la Ley General de Asociaciones Cooperativas y su Reglamento, **Estatutos y Reglamentos internos de la Cooperativa**, así como enmiendas que a futuro se hicieran, así como todas aquellas disposiciones legales y administrativas de interés para la Cooperativa.
- **b.** Pagar en concepto de **Cuota de Ingreso** la cantidad de: **$**_____
- **c.** Pagar en concepto de **Aportación Mensual,** la Cantidad de: **$** _____

I. DECLARACION DE BENEFICIARIOS APORTACIONES. –

En caso de muerte, de conformidad con el **numeral 2 del romano IV** del Reglamento de Derechos, Deberes y Beneficios de ACACCEANTEL de R.L vigente designo como **UNICOS BENEFICIAROS** para que se les entreguen mis **APORTACIONES,** así como el beneficio de **SEGURO A LAS APORTACIONES Y AHORRO, siempre que no existan obligaciones pendientes de pago** a favor de la cooperativa a:

Nombre de beneficiarios	Dirección	Edad	Parentesco	%

II. INSCRIPCIÓN PARA FONDO DE AUXILIO POR DEFUNCIÓN. –

En caso de mi fallecimiento, designo como **UNICOS BENEFICIAROS** Para el retiro del **FONDO DE AUXILIO POR DEFUNCIÓN (ASOCIADO)** de conformidad con **el numeral 1, Sub Numeral 1.2 literal b) del romano IV** del Reglamento de Derechos, Deberes y Beneficios de ACACCEANTEL de R.L. vigente para que se entregue en el orden y porcentaje siguiente:

Nombre de beneficiarios	Dirección	Edad	Parentesco	%

III. INSCRIPCIÓN PARA FONDO DE AUXILIO POR DEFUNCIÓN. –

Por la presente declaro como sujetos del beneficio de **FONDO DE AUXILIO POR DEFUNCIÓN (BENEFICIARIOS DE ASOCIADO)** de conformidad con el **numeral 1, Sub Numeral 1.2 literal a) del romano IV** del Reglamento de Derechos, Deberes y Beneficios de ACACCEANTEL de R.L. vigente:

Nombre de beneficiarios	Dirección	Edad	Parentesco	%

Reconozco y acepto que los datos contenidos y suministrados por mi persona y que han sido consignados en la presente Solicitud de ingreso, son una **EXPRESIÓN CLARA Y PRECISA** de mi voluntad por haber sido **VERIFICADAS** por mi persona. y por lo tanto me someto a las Normas para la entrega de los beneficios del fondo de auxilio por defunción siguientes:

CONDICIONES ESPECIALES. –

1. Para el caso del beneficio de **ayuda por defunción** de los familiares declarados en el Romano III del presente documento, Los asociados podrán registrar como beneficiarios a un máximo de ocho personas y obtener el beneficio por el fallecimiento de:
   - Cónyuge o compañero(a) de vida
   - Los padres
   - Hijos(as), menores de dieciocho años.
   - Hijos(as) hasta veinticinco años, mediante la comprobación de que dependen económicamente del asociado ya sea por estudios universitarios o técnicos.
   - Hijos(as) de cualquier edad, que haya padecido de una enfermedad grave o discapacidad permanente y que dependa económicamente del asociado.
   - Si varios asociados designan como beneficiario a un mismo familiar solo se pagará una ayuda conforme a la documentación presentada

Para que el asociado pueda gozar de este beneficio, por el fallecimiento de sus padres, se considerara la edad de sus padres al momento de ingresar a la cooperativa, de acuerdo con la tabla que se muestra a continuación:

Edad de los padres	%
Hasta 65 años	100%
De 66 a 75 años	50%
De 76 años a mas	25%

2. El **Beneficio por Fallecimiento de Asociado** está sujeto a las siguientes disposiciones:
   - Los beneficiarios designados en esta solicitud de afiliación que no reclamen el Auxilio por Defunción, en el término de un año, lo podrán solicitar los herederos previamente comprobados, durante el periodo adicional de dos años, excepto, que el proceso de aceptación de herencia conlleve más tiempo y que sea comprobable.
   - El fondo de Auxilio por Defunción de un asociado, solo se podrá pagar una vez.
   - En caso de que el asociado al momento de fallecer y por causa de su enfermedad, no le haya sido posible cancelar su cuota de aportación o préstamo, **la entrega del beneficio podrá ser evaluado por el Consejo de Administración**.
   - Si el asociado fallecido, está registrado como beneficiario de otro asociado, **el Fondo de Ayuda por defunción de un familiar**, no podrá ser reclamado.
3. Requisitos para beneficio **SEGURO A LAS APORTACIONES Y AHORRO**.
   - El asociado a la fecha del deceso deberá estar al día con el pago de sus aportaciones.
   - Tener seis meses o más de haberse afiliado a la cooperativa.
   - Presentar el reclamo de los haberes (Aportaciones y Ahorros si hubiere), con un periodo máximo de ciento cincuenta días calendarios.
   - Que a la fecha de la afiliación del asociado la edad esté comprendida entre dieciocho y sesenta y cinco años, renovable hasta los 70 años, tiene derecho al 100% de la cobertura. Si los asociados tienen de 71 a 80 años, la cobertura será el 50% de sus aportaciones y ahorro a la vista, hasta por nueve mil dólares de los Estados Unidos de América ($9,000.00).
   - Los porcentajes de cobertura estarán sujetos a las negociaciones anuales con la Aseguradora designada.
   - Los asociados que, al momento de ingresar a la cooperativa, ya tienen 65 años, no tendrán derecho a este beneficio

CONDICIONES GENERALES PARA AMBOS BENEFICIOS. –

Tanto para la Entrega del Beneficio de **Auxilio por defunción** como para el beneficio por **fallecimiento del Asociado** se tomará en cuenta el tiempo de afiliación y los Retiros parciales del asociado según las tablas siguientes:

Años de ser asociado	Retiros parciales de aportaciones	% del beneficio a entregar a los asociados
De 15 años a mas	Hasta el 40%	100%
	Del 41 al 50%	50%
	Del 51 al 60%	25%
	Mayores al 60%	0%
De 5 a 14 años	Hasta el 30%	100%
	Del 31 al 40%	50%
	Del 42 al 50%	25%
	Mas del 51%	0%
De 1 a 4 años	Hasta el 30%	50%
	Del 31 al 40%	25%
	Mas del 40%	0%

TIEMPO DE AFILIACION	Edad del asociado al Ingresar a la cooperativa	PORCENTAJE DEL BENEFICIO APROBADO
De 6 meses a mas	De 18 a 54 años	100%
De 6 meses a mas	De 55 a 65 años	50%
De 6 meses a mas	66 años a mas	**0%**
Menos de 6 meses	Cualquier edad	**0%**

DECLARO que he quedado totalmente enterado de las CONDICIONES Y REQUISITOS PARA LA ENTREGA DEL BENEFICIO DEL FONDO DE AUXILIO POR DEFUNCION, y que puedo consultarlos en la página web de ACACCEANTEL de R.L., en virtud de lo anterior para constancia, ratifico y firmo el contenido de la presente solicitud la cual he otorgado en forma libre y expresa. –

LUGAR Y FECHA: _____

_____	_____	_____
Firma de asociado	**Nombre de funcionario ACACCEANTEL de R.L.**	**Firma de funcionario de ACACCEANTEL de R.L.**

PARA USO INTERNO. –

En sesión Celebrada por Consejo de Administración en Fecha: _____, en acta número: _____

APROBAMOS ◯ DENEGAMOS ◯ LA PRESENTE SOLICITUD.

Fecha de Ingreso: _____ Validación de OF. De Cumplimiento_____