



SOLICITUD DE ADMISIÓN

Código N°

_____, _____ de _____ de _____

Señores:

Cooperativa Financiera HACIENDA

ACACEMIHA de R.L.

Presente.

NOTA: Ha sido Asociado(a)
de ACACEMIHA de R.L.
SI _____ NO _____
N° Cuenta _____

Por este medio solicito ser admitido como Asociado de la Cooperativa, así mismo me obligo a cumplir con lo dispuesto en la Ley General de Asociados Cooperativistas, Estatutos y Reglamento Interno de la Cooperativa; así como enmiendas que a futuro se les hiciera a todas aquellas disposiciones legales y administrativas de interés para la Cooperativa.

DATOS GENERALES

Nombre (Según D.U.I.)

Apellidos

Estado Civil

Edad

			____ Años
--	--	--	-----------

Número de DUI

Lugar y fecha de expedición

--	--

Número de NIT

Profesión u Oficio

--	--

Vive en Casa:

Tiene vehículo SI _____ NO _____	Propia	alquilada	Promesa de pago	Nombre del Dueño:
				Dirección Exacta:

Actividad Económica

Lugar de Trabajo

--	--

Unidad

Cargo

Tiempo de Servicio

		____ Años ____ Meses
--	--	----------------------

Dirección de Trabajo

Salario Mensual

Otros Ingresos

	\$	\$
--	----	----

Tel. Casa

Tel. Trabajo

Ext.

Tel. Celular

Correo Electrónico

--	--	--	--	--

¿A que otras Cooperativas pertenece?

¿Cual es el interés de Pertenecer a ACACEMIHA de R.L.?

--	--

Nombre del Conyugue

Lugar de trabajo

N° de Teléfono

--	--	--

Número de Hijos _____ Edades _____, _____, _____, _____, _____

Número de Hijas _____ Edades _____, _____, _____, _____, _____



PBX: 2246-3900



RED DE COOPERATIVAS
FEDECACES

www.acacemiha.com.sv

En caso de fallecimiento, para efectos del reclamo del seguro sobre protección de aportaciones y préstamos, designo beneficiarios a:

Nombre	Parentesco	Fecha de Nac.	%	Dirección
1				
2				
3				
4				
5				

1. ¿Goza usted de buena salud actualmente? SI _____ NO _____

2. ¿Tiene usted que someterse a una operación quirúrgica o cualquier otro tratamiento que requiera hospitalización en un futuro cercano? SI _____ NO _____

3. Nombre de los médicos visitados en los últimos cinco años _____

Convengo que las respuestas anteriores forman parte de mi solicitud. Expresamente renuncio, en mi nombre propio y en el de cualquier persona que tuviere o reclamare algún interés en cualquier póliza emitida en virtud de esta solicitud, a todas las disposiciones de la ley que le prohíben a un médico, institución u otra persona que me haya asistido examinado o que me pueda asistir o examinar en lo sucesivo, revelar todo conocimiento e información adquirido por tal medio.

F. _____

Firma del Solicitante

REFERENCIAS FAMILIARES

Nº	NOMBRE	PARENTESCO	Nº TEL. Y CORREO ELECTRÓNICO	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA
1				
2				
3				

REFERENCIAS PERSONALES

Nº	NOMBRE	LUGAR DE TRABAJO	Nº TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO
1				
2				
3				

ESPACIO RESERVADO PARA LA COOPERATIVA

Aprobado _____	Denegado _____	Fecha _____
Observaciones: _____		

Por Consejo de Administración		

Referido por el asociado: _____

Promovido por: _____

Opinión del Asesor: _____