



Asociación Solidarista de Empleados de Abbott Medical

SOLICITUD DE AFILIACION

Yo _____

Primer Apellido

Segundo Apellido

Nombre

Cédula

Por este medio solicito a la Junta Directiva de la Asociación Solidarista de Empleados de Abbott Medical; se me acepte como miembro de dicha entidad por lo que me comprometo a respetar y acatar sus estatutos y reglamentos, así como las disposiciones que emanen de su organismo director. A la vez autorizo a Abbott Medical, para que sea deducido un total del 5% de mi salario, monto correspondiente al ahorro ordinario y que me acredita como asociado.

Información General del Solicitante

ID Empleado: _____ Nacionalidad: _____ Estado Civil: _____

Sexo: Femenino Masculino

Telefono Celular: _____ Email: _____

Dirección de Habitación: _____

Número de Cuenta IBAN: _____

Fecha de Nacimiento (día/mes/año): _____ Fecha de Ingreso a Abbott Medical: _____

Nota: en caso de fallecimiento del asociado, los ahorros, aportes y excedentes acumulados se entregarán de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 85 inciso d del Código de Trabajo de Costa Rica.

Datos del Beneficiario de Subsidio por Fallecimiento

La persona (s) designada(s) como beneficiarios recibirán el subsidio otorgado por ASOMEDICAL en caso de fallecimiento del asociado de acuerdo con los porcentajes designados. Los beneficiarios deben ser mayores de edad y un máximo de tres beneficiarios. En caso de alguno de los beneficiarios fallece antes que el asociado, el porcentaje que le corresponda del subsidio se pagará a los beneficiarios restantes.

Nombre	Parentesco	Número de Cédula	Porcentaje

El total debe ser igual al 100%

Solicitud de Ahorro Voluntario

Autorizo a Abbott Medical para que sea deducido de mi salario los siguientes montos correspondientes a ahorros voluntarios con ASOMEDICAL:

<u>Tipo de Ahorro</u>	<u>Monto Bisemanal</u>	
Ahorro a la Vista	₡ _____	El monto mínimo ahorrar es de ₡1.000,00 bisemanales
Ahorro Navideño	₡ _____	
Ahorro Vacacional	₡ _____	
Ahorro Escolar	₡ _____	

Firma del asociado

CONTRATO DE PRESTAMO MERCANTIL

Entre la Asociación Solidarista de Empleados de Abbott Medical Limitada, con cédula jurídica número 3-002-616421, en adelante llamada "**ASOMEDICAL**", quien para efectos de este contrato se denominará **ACREEDOR**, y el asociado firmante, que para efectos de este contrato se denominará **DEUDOR**, acordamos suscribir el presente contrato de préstamo mercantil (revolutivo), el cual se registrará por las disposiciones legales y reglamentarias al respecto y por las siguientes cláusulas:

PRIMERA: DEL OBJETO. El presente contrato tiene como objeto que el asociado de **ASOMEDICAL** pueda recibir créditos revolutiveos o rotativos poniendo como garantía de los mismos su patrimonio, así como los excedentes acumulados al momento de la solicitud, según consta en el estado de cuenta que al efecto lleva **ASOMEDICAL** la cual se fijará como límite de crédito inicial, pudiendo éste aumentar gradualmente conforme se incrementen los recursos del asociado, para lo cual la Junta Directiva de **ASOMEDICAL** definirá los criterios respectivos; dicho crédito deberá ser reintegrado mediante cuotas según la periodicidad de pago establecida por **ASOMEDICAL**, ajustables y consecutivas al vencimiento comprendiendo amortización, intereses y el saldo al vencimiento, más las pólizas de seguros respectivas vigentes para el producto. En este acto el deudor autoriza a **ASOMEDICAL** para que coordine con el departamento de recursos humanos de la empresa en la que labora, para que proceda con el rebajo vía planilla, de los créditos amparados a este contrato.

SEGUNDA: TIPOS DE CREDITO Y DISPONIBLE. En virtud del artículo anterior **ASOMEDICAL** representado por el primero otorga al segundo toda clase de créditos vigentes y estipulados en el reglamento de crédito de **ASOMEDICAL**, las cuales forman parte integral de este contrato, sujeto a los disponibles.

TERCERA: DEL PLAZO. El plazo para el uso de los créditos establecidos en este contrato será de treinta y seis meses a partir de su firma. La vigencia del presente contrato se podrá extender en forma automática, y toda modificación al mismo requerirá de una adenda firmada por ambas partes. La prórroga automática surtirá efectos siempre y cuando el deudor mantenga sus obligaciones al día, sea asociado activo, y no exista comunicación previa de la acreedora de darlo por terminado.

CUARTA: DE LOS INTERESES. El **DEUDOR** reconoce que la deuda devengará intereses corrientes anuales, ajustables periódicamente sobre los saldos de capital adeudado pagaderos según la periodicidad de pago establecida por **ASOMEDICAL**, a partir del desembolso del dinero por parte de **ASOMEDICAL**. Las tasas de interés aplicables a las líneas de crédito son las establecidas en el reglamento de crédito vigente al momento de desembolso. El prestatario entiende y acepta que el crédito se formaliza con una tasa preferencial por ser miembro de **ASOMEDICAL**. Si durante el plazo del préstamo, el asociado incumpliera la normativa crediticia que establece el reglamento de crédito, deje de ser miembro de **ASOMEDICAL**, o se le atribuya una calificación de riesgo mayor al otorgado inicialmente, y ello le ocasiona un perjuicio al **ACREEDOR**, que lo obligue a efectuar mayores provisiones económicas, el **DEUDOR** dejará, por ese solo hecho, de ser usuario de dicha tasa preferencial, obligándose a pagar una tasa que acuerde el reglamento de crédito.

QUINTA: INTERESES MORATORIOS. El **DEUDOR** reconoce intereses moratorios al mismo tipo de los intereses corrientes, siempre que no sobrepase más un treinta por ciento, según lo establecido en el artículo cuatrocientos noventa y ocho del código de comercio, calculados sobre el monto del abono atrasado.

SEXTA: DE LA GARANTIA. Se fija como garantía para todos los créditos establecidos en el presente contrato, los aportes personales, excedentes generados y demás ahorros personales, del **DEUDOR**.

SÉTIMA: DE LA SOLICITUD Y TRÁMITES DE LOS CRÉDITOS. El **DEUDOR** podrá solicitar y realizar trámites sobre los créditos existentes en las oficinas centrales de **ASOMEDICAL**, ubicadas en ALAJUELA, ZONA FRANCA EL COYOL, o bien a través de cualquiera de los siguientes servicios tecnológicos: (a) GESTION EN LINEA a través del sitio designado y comunicado por **ASOMEDICAL** (b) GESTION APP, para lo cual tendrá acceso al App **ASOMEDICAL** disponible en dispositivos móviles desde la tienda de compra de aplicaciones IOS, ANDROID u otras, La información será procesada según las indicaciones que realice el **DEUDOR** y se almacenará en los servidores o medios magnéticos de **ASOMEDICAL** los cuales mantienen altos estándares de seguridad y protección, tanto física como tecnológica. Es potestad de **ASOMEDICAL** el modificar los medios indicados, previo aviso de **ASOMEDICAL** al **DEUDOR** de las variaciones a realizar, a través de la publicación de los cambios en su página WEB, FACEBOOK, WHATSAPP o cualquier medio de comunicación utilizado por **ASOMEDICAL**, los cuales entrarán en vigor a los diez días de su publicación.

OCTAVA: REGISTRO Y CLAVE DE SEGURIDAD Para hacer uso de los servicios tecnológicos descritos en la cláusula anterior, el **DEUDOR** accederá a los mismos, a través de su código de empleado y clave de seguridad personal. El **DEUDOR** se obliga a tratar con diligencia la contraseña, asumiendo en caso contrario, las consecuencias que pudieran derivarse del uso de esta por terceras personas distintas del **DEUDOR**, sin responsabilidad por parte de **ASOMEDICAL** por cualquier tipo de uso no autorizado de la contraseña. El **DEUDOR** será responsable por todas las operaciones efectuadas con su contraseña.

NOVENA: DE LA FORMA DE GIRO DE LOS CRÉDITOS Los créditos solicitados a través de los medios tecnológicos, una vez procesados y aprobados, serán depositados por **ASOMEDICAL** en la cuenta bancaria del **DEUDOR** registrada en la base de datos de **ASOMEDICAL**, y en caso de no contar con dicho registro o él mismo se encuentre desactualizado, el **DEUDOR** deberá propiciar a **ASOMEDICAL** una cuenta vigente y actualizada, de lo contrario no se desembolsarán los créditos.

DÉCIMA: DEL INCUMPLIMIENTO Las partes convienen que la falta de pago de una de las cuotas dará derecho al **ACREEDOR** a dar por vencida toda la deuda, facultándole para que se rebaje de los aportes personales, excedentes generados y demás ahorros personales, el saldo de la deuda. Exceptuando el incumplimiento por incapacidades o situaciones especiales.

DÉCIMA PRIMERA: DISPOSICIONES VIGENTES. El **DEUDOR** declara conocer las disposiciones vigentes que rigen esta clase de créditos estipuladas en el reglamento de crédito de **ASOMEDICAL**, las cuales forman parte integral de este contrato, y se obliga a cumplirlas, así como a proporcionar las facilidades necesarias a los funcionarios que **ASOMEDICAL** designe para que ejerzan control sobre la garantía.

DÉCIMA SEGUNDA: CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES. EL **DEUDOR** se compromete al fiel y estricto cumplimiento de todas y cada una de las obligaciones adquiridas en este documento y de las condiciones que el presente instrumento impone a su cargo. En este mismo acto, autoriza a **ASOMEDICAL** a realizar las deducciones de las cuotas de los préstamos por medio de planilla según la periodicidad de pago establecida.

DECIMA TERCERA: INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES. El incumplimiento por parte del **DEUDOR** de cualesquiera de las condiciones estipuladas en este documento, verificada por **ASOMEDICAL**, dará derecho a **ASOMEDICAL** a dar por vencido anticipadamente el plazo y a cancelar con los aportes laborales, excedentes generados y demás ahorros personales la totalidad del saldo pendiente, además en caso de ser necesario exigir la cancelación total del crédito por la vía legal que corresponda. Igualmente, **ASOMEDICAL** podrá tener por vencida y exigible anticipadamente la totalidad de la deuda si dejare el **DEUDOR** de pagar una cuota de las atrás estipuladas, sin que en ningún caso sean necesarios requerimientos de pago, renuncia de domicilio u otros requisitos previos a los cuales renuncia en este acto.

DÉCIMA CUARTA: OTRAS OBLIGACIONES CONTRAIDAS. **ASOMEDICAL** se reserva el derecho a la imputación de pagos. El **DEUDOR** autoriza a **ASOMEDICAL** para que ante cualquier intermediario del sistema bancario nacional pueda solicitar información sobre el nivel de endeudamiento. Asimismo, manifiesta que conoce y acepta que cualquier dato falso que se pueda deducir de la información aportada, corroborado ante las entidades citadas, será motivo suficiente para que **ASOMEDICAL** suspenda el desembolso del préstamo si el mismo no ha sido entregado y de haberlo sido, ello será causal de vencimiento anticipado del plazo. Además, El **DEUDOR** acepta que ello será causal de pérdida de los gastos en que hubiere incurrido para la tramitación del crédito.

En caso de liquidación la deuda queda cancelada, por lo tanto, el deudor autoriza para que de esta se aplique el aporte ordinario, extraordinario y excedente para la cancelación de los pasivos con estas garantías.

DÉCIMA QUINTA: NOTIFICACIONES

El deudor señala como domicilio contractual para recibir notificaciones el correo electrónico arriba indicado. **ASOMEDICAL** señala como domicilio contractual sus oficinas centrales ubicadas en Zona Franca El Coyol, Alajuela, Edificio B44.

En fe de lo anterior firmamos en la ciudad de Alajuela, el día ____ del mes de _____ del año ____.

FIRMA DEL ASOCIADO

POR ASOMEDICAL