



Asociación Solidarista de Empleados de St. Jude 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 St. Jude Medical Costa Rica Ltda. ; 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 St. Jude Medical Costa Rica Ltda., 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 Profesión _____
Telefonos: Casa: _____ Celular: _____ Oficina: _____
Dirección de Habitación: _____
Provincia: _____ Cantón : _____
Número de Cuenta BAC San José: _____ Cuenta Cliente: _____
Departamento donde trabaja: _____ Email: _____
Fecha de Nacimiento (día/mes/año): _____ Fecha de Ingreso a St. Jude 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 ASESJM 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 ID	Porcentaje

El total debe ser igual al 100%

Firma y Fecha

Uso Administrativo

Registrado por

Fecha de Registro

Revisado y Aprobado por