



SOLICITUD DE AFILIACIÓN

Empresa en la que labora el solicitante _____

Rol _____ Gerencia _____

Apellidos y Nombres _____

Lugar de Trabajo _____ Unidad _____ Teléfono _____

Lugar y fecha de nacimiento _____ C.I. _____ Estado Civil _____

Dirección Domiciliaria _____ Teléfono _____

E-mail _____ Celular _____

Nombre pariente cercano _____ Parentezco _____

Dirección _____ Teléfono _____

BENEFICIARIOS DEL SEGURO DE VIDA:

Nombre:	%	Parentezco:
Nombre:	%	Parentezco:
Nombre:	%	Parentezco:
Nombre:	%	Parentezco:
Nombre:	%	Parentezco:

Nombre del tutor en caso de menores de edad:

Al suscribir la solicitud que antecede, declaro que conozco y acepto la normativa vigente en la Cooperativa de Ahorro y Crédito Petroecuador Limitada, y autorizo para que en mi calidad de Asociado de la misma se descuente de mi sueldo mensual y otros ingresos que perciba en la EP Petroecuador u otras empresas públicas del sector hidrocarburífero del Ecuador, los valores por concepto de ahorros, certificados de aportación, otras aportaciones, préstamos, seguro de vida, fondo de ayuda por siniestros (FAS), fondo de aguinaldo navideño (FAN), y/u otros valores correspondientes a las obligaciones que adquiriera como miembro de la Cooperativa.

	Obligatorio	Adicional
Ahorros:	\$ 10,00	_____
Certificados:	\$ 10,00	_____
Seguro de Vida:	\$ 11,05	_____
FAS - FAN:	\$ 12,00	_____
Total:	\$ 43,05	_____

LUGAR Y FECHA

FIRMA

Adjunto: Copia legible de mi cédula de identidad,
Certificado de trabajo otorgado por la Empresa Pública donde labora el solicitante.