

Solicitud de Afiliación

Al ingresar a la Asociación Solidarista de Empleados de Nitinol Devices and Components, me comprometo a respetar y acatar sus estatutos, reglamentos y las disposiciones que emanen de sus órganos directivos.
Asimismo, manifiesto mi conformidad en aportar como ahorro obrero o personal el cinco por ciento (5%) de mi salario reportado ante la CCSS.

Datos Personales**Nuevo Ingreso**☐**Reingreso**☐1 Apellido 2 Apellido Nombre Cédula Nacionalidad Fecha Nacimiento Sexo ☐ Femenino ☐ MasculinoEstado Civil ☐ SolteroEmail ☐ Casado☐ Unión LibreCelular Cantidad de Hijos ☐ Divorciado/Separado**Dirección** Provincia Cantón Distrito Dirección exacta **Datos Laborales**Fecha de Ingreso a Confluent ID (Nuevo) Departamento Puesto Edificio ☐ B14 ☐ B25 ☐ B28Tipo Planilla ☐ Semanal ☐ Quincenal Colones ☐ Quincenal Dólares**Registro de Beneficiarios en Caso de Fallecimiento del Asociado (Fondo de Mutualidad)**

1. Si nombre varios beneficiarios con el 100% se entregará de acuerdo con el orden descrito en el cuadro de beneficiarios.
2. Si se distribuye el 100% entre sus beneficiarios y fallece alguno, el beneficio de este se distribuye en porcentajes iguales entre los beneficiarios restantes.
3. La devolución de sus fondos, en caso de muerte, se hará conforme a los trámites establecidos en el Artículo 85 del Código de Trabajo.
4. Reglamento de Fondo de Mutualidad, Artículo 8: "En caso de que fallezca el asociado, los beneficiarios designados previamente por el asociado, podrán gozar del beneficio del "FAM". La designación de estos beneficiarios deberá consignarla el asociado al momento de afiliarse a la Asociación por escrito y en el formulario".

ID	Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Cédula	Porcentaje	Celular
1						
2						
3						
4						

Autorizo a ASONITINOL

El envío de información financiera por medio SMS y correo electrónico.

Efectuar todos los giros (prestamos, excedentes y liquidación, etc.) en la misma cuenta que se utiliza para el pago de planillas de Confluent Medical Technologies.

Firma Legal **Fecha**

FM-1 Formulario Fondo de Ayuda Mutua

Información de familiares para el beneficio de Fondo de Mutualidad

Datos Personales

1 Apellido 2 Apellido Nombre
Cédula ID (Nuevo)

Se deben indicar los familiares pertenecientes a su núcleo familiar. En caso de fallecimiento de alguno de ellos, el asociado podrá solicitar la ayuda correspondiente del Fondo de Mutualidad, la cual será depositada en su cuenta bancaria tras la revisión y aprobación de la solicitud.

Reglamento de Fondo de Mutualidad, Artículo 3: *Se entenderá como núcleo familiar a los familiares directos del asociado, en este caso, el **cónyuge o conviviente de hecho** (cuando la convivencia ha sido por más de tres años, de conformidad con el artículo 242 del Código de Familia), los **hijos (as) de ambos**, además del **padre** y de la **madre** del asociado...*

ID	Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Cédula	Parentesco
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

*Trace una línea diagonal en aquellos espacios en los que no haya información.

Reglamento de Fondo de Mutualidad, Artículo 3: **"...Es requisito indispensable que el asociado haya registrado previamente en el formulario FM-1 (...) a su respectivo núcleo familiar, para de esta manera poder obtener los beneficios del "FAM".**

Firma Legal _____ **Fecha** _____