

# Formulario de Afiliación

## DATOS PERSONALES

Nombre: \_\_\_\_\_ N° de cédula: \_\_\_\_\_

Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

Correo personal: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_

Dirección de habitación: \_\_\_\_\_

## DATOS LABORALES

Número de empleado: \_\_\_\_\_ Fecha de ingreso a HP: \_\_\_\_\_

Correo de HP: \_\_\_\_\_

Número de cuenta bancaria Bac (Payroll): \_\_\_\_\_

Mediante el presente documento solicito a la Junta Directiva de la Asociación Solidarista de Empleados de HP Inc Costa Rica Limitada y Afines; se me acepte como miembro de dicha entidad, por lo que me comprometo a respetar y acatar sus Estatutos, Reglamentos, así como las disposiciones que emanen de su organismo director. A la vez, autorizo a HP Inc Costa Rica limitada y afines, para que sea deducido un total del 3% de mi salario bruto, monto correspondiente a mi ahorro ordinario, el cual me acredita como asociado. Así como ₡1.710.00 mensuales por concepto de Póliza de Vidas para Familiares, también cualquier otro monto que corresponda a futuras cuotas de crédito y/o ahorro que realice con la Asociación.

## BENEFICIARIOS

En caso de fallecimiento designo como beneficiario (s) de mis ahorros y aportes a:

Nombre completo	Cédula	Parentesco	Teléfono	% Beneficio
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

“Estimado Asociado, se le recuerda que, de acuerdo con el pronunciamiento de la Sala Constitucional, Voto N° 5969, del 16 de noviembre de 1993, se aplica aquí lo consignado en el artículo 602 del Código de Trabajo, en el sentido de que los derechos económicos en la Asociación prescriben en un año a partir de la fecha en que la persona se retira de la empresa”

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Cédula

\_\_\_\_\_  
Fecha: