



## Asociación Solidarista de Empleados de INS Servicios, S.A (ASOINSS)

### Solicitud de afiliación

Teléfono: 2284-8500 ext. 3675 / 8762

Email: asoinss@insservicios.com

Fecha(DD/MM/AA):

Quien suscribe, \_\_\_\_\_, cédula de identidad número \_\_\_\_\_, solicito a la administración de la Asociación Solidarista de Empleados de INS Servicios, S.A. (ASOINSS) realice el trámite de mi afiliación a la asociación, por lo que me comprometo a respetar y acatar los estatutos, reglamentos y demás disposiciones que se establezcan.

#### Información General

Nombre completo:	<input type="text"/>	Numero de cédula:	<input type="text"/>
Estado civil:	<input type="text"/>	Fecha nacimiento:	<input type="text"/>
Teléfono celular:	<input type="text"/>	Teléfono móvil:	<input type="text"/>
Dirección Habitación:	<input type="text"/>		
E-mail INS Servicios:	<input type="text"/>	E-mail personal:	<input type="text"/>
Cuenta IBAN Banco Popular:	<input type="text"/>		
Depart. Labora:	<input type="text"/>	Supervisor(a):	<input type="text"/>
Numero Colaborador:	<input type="text"/>	Fecha Ingreso INS Serv:	<input type="text"/>
Ubicación:	<input type="text"/>		

#### Beneficiarios

A continuación detallo el nombre de los beneficiarios que designo para cualquier trámite a futuro.

Nombre Completo del Beneficiario	Numero de Cédula del Beneficiario	% del beneficio	Parentesco	Teléfono

#### Autorización Rebajo de Planilla

Autorizo a ASOINSS y a INS Servicios, S.A. para que rebajen quincenalmente de mi salario el monto correspondiente al ahorro obrero por formar parte de la asociación. Además, autorizo a rebajar las compras que yo realice por medio de ASOINSS (ferias, productos en consignación, pulpería, APP, otro similar), los créditos que tenga a mi nombre y las cuotas de los ahorros que aperture con la asociación.

Asimismo, autorizo para que, en caso de renuncia, despido o fallecimiento, realice la deducción de mi liquidación laboral, el monto de cualquier deuda que mi persona tenga con ASOINSS.

## Página de Autogestión y APP

Manifiesto conocer el programa de autogestión y el APP que utiliza ASOINSS para el trámite de solicitudes de créditos (ingreso a la página de autogestión por medio de <http://www.asoinsurance.org> (ícono de Autogestión) o <http://consultaasociados.asoinsurance.org>).

Además, solicito los permisos, bajo mi propia responsabilidad, para utilizar este sistema de autogestión y el APP para efectuar todas las gestiones de préstamos, ahorros y otras que ofrece ASOINSS. Autorizo para que ASOINSS proceda a deducir de mi salario las cuotas correspondientes a los préstamos, ahorros y otras gestiones que realice a través de este servicio.

Acepto conocer el Reglamento de Crédito de ASOINSS y que los créditos autorizados bajo esta modalidad de autogestión están amparados a las condiciones en él establecidas.

Asumo la responsabilidad para mantener en secreto mi usuario y contraseña para el acceso al sistema de autogestión y/o APP.

Libero de toda responsabilidad a ASOINSS por el uso que mi persona o terceros realicen en el servicio autogestión y/o APP.

---

**Firma del solicitante**

---

**Recibe ASOINSS: Firma y nombre**

**Estimado asociado:** se le recuerda que, de acuerdo al pronunciamiento de la Sala Constitucional, Voto No.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).