



SOLICITUD DE INGRESO
PARA PERSONA NATURAL

CODIGO DE
AFILIADO

Señores (as): Fecha de Ingreso ____/____/____

Miembros de la Junta Directiva

COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO PADRE GUILLERMO ARSENAULT, LTDA.

Su Oficina,

Distinguidos Señores (as):

Yo, _____, con número de documento nacional de identificación (DNI) _____ por este medio, y con todo respeto hago mi Solicitud de Ingreso, como afiliado (a) de esta Cooperativa de conformidad al artículo N°73 de la ley de Cooperativas de Honduras, artículo N°56 del reglamento de la ley de cooperativas de Honduras, artículo N°167 del Estatuto de la Cooperativa y Artículo 80-A de la Ley de Cooperativas de Honduras.

De ser aceptado como nuevo afiliado (a) prometo cumplir con los estatutos y demás disposiciones de esta Cooperativa, así como llenar los formularios de información anexo que adjunto a la presente. En caso de reunir en mi solicitud los requisitos de ingreso que exige la Cooperativa de Ahorro y Crédito Padre Guillermo Arsenault LTDA, y al ser aprobada les ruego comunicarmelo.

Atentamente,

Firma del Solicitante

CUENTAS DE AHORRO

APORTACIONES ☐ RETIRABLE ☐ NAVIDEÑO ☐ DOLAR ☐ MUJER ☐ CRECER ☐

DATOS PERSONALES DEL COOPERATIVISTA

--	--	--	--

Primer Nombre

Segundo Nombre

Primer Apellido

Segundo Apellido

Lugar de Nacimiento _____ Fecha de Nacimiento _____

Nivel Educativo Primaria ☐ Media ☐ Superior ☐ Ninguno ☐

Estado Civil: Casado (a) ☐ Soltero (a) ☐ Unión Libre ☐ Viudo (a) ☐ Sexo M ☐ F ☐

DNI - Identidac ☐ Pasaporte ☐ Carnet de Residente ☐

DNI N.º _____ Edad _____ Nacionalidad _____

Profesión u Oficio _____ Actividad Económica/Ocupación _____

Dirección _____

Punto de referencia _____

Ciudad _____ Bloque _____ Casa _____ Sector _____

Correo Electrónico _____ Teléfono Fijo _____ Celular _____

Posee vivienda Propia ☐ Alquila ☐ Familiar ☐ Tiempo de Residir _____

Vehículo: Marca _____ Tipo _____ Modelo _____ Placas _____ Año _____

Compromiso de Ahorro L _____ Semanal ☐ Quincenal ☐ Mensual ☐

Cuentas en otras instituciones: No ☐ Si ☐ Si es si, mencione el nombre de la institución _____

Negocio Propio: No ☐ Si ☐ Si la respuesta es si, Nombre del Negocio _____

Dirección del Negocio _____ Giro Comercial _____

Propósito de la Cuenta _____

Origen o Fuente de Ingreso _____

Monto aproximado de ingreso mensual L _____

Viene en representación de otra persona a aperturar la cuenta? No ☐ Si ☐ Si es sí, proporcione el nombre completo: _____

Tel. _____ Dirección del domicilio: _____

Tel. del trabajo _____

DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa _____ Dirección _____

Teléfono _____ Puesto que desempeña _____ Empleado desde _____

Nombre de su jefe inmediato _____

Actividad económica de la Empresa _____

Sueldo L _____ Otros Ingresos L _____ Procedencia _____

Ha desempeñado algún Cargo Público en los últimos dos año No ☐ Si ☐ Donde _____

Tiene familiares que trabajen en la Cooperativa No ☐ Si ☐ Parentesco : _____

DATOS DEL CONYUGE

--	--	--	--

Primer Nombre

Segundo Nombre

Primer Apellido

Segundo Apellido

Donde Labora _____ Cargo que desempeña _____ Sueldo L _____

Otros Ingresos _____ Procedencia _____

No DNI _____ Fecha de Nac. ____/____/____ Cel: _____ Correo _____

PERSONAS QUE DEPENDEN ECONOMICAMENTE				
NOMBRE COMPLETO	FECHA DE NACIMIENTO	NUMERO DNI	PARENTESCO	TELEFONO

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS	
Ante mi _____ Empleado (a) de la Cooperativa de Ahorro y Crédito Padre Guillermo Arsenault Ltda.	
Compareció el (la) Sr.(a) _____ con documento de Identificación	
DNI N° _____ con domicilio _____ quien declara que en caso de fallecimiento deja como	
beneficiarios de sus ahorros y de la protección de Seguro de Aportación, siempre y cuando esta protección no exceda de L. _____	
(_____) a las siguientes personas.	

NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE DNI	FECHA DE NACIMIENTO	PARENTESCO	PORCENTAJE

La designación de beneficiarios deberá de ser llenado con el puño y letra del Cooperativista así como también debe de firmarlo.

REFERENCIAS COOPERATIVISTA, COMERCIALES O BANCARIAS		
NOMBRE DE LA INSTITUCION	DIRECCION	TELEFONO

REFERENCIAS PERSONALES O FAMILIARES			
NOMBRE	TELEFONO	DIRECCION	PARENTESCO

AUTORIZACION CONSULTA CENTRAL DE RIESGO
De manera irrevocable autorizó a la COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO PADRE GUILLERMO ARSENAULT LTDA. Para solicitar, consultar, procesar, suministrar, reportar o divulgar a cualquier entidad autorizada para manejar y/o administrar bases de datos, así como información relacionada con mi actividad financiera y/o comercial, autorizando así mismo a ser consultado en la central de riesgo, mientras sostenga una relación de socio vigente en esta cooperativa de ahorro y crédito.

DECLARACION DE ORIGENES DE FONDO
Declaró que los fondos que maneje en la COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO PADRE GUILLERMO ARSENAULT LTDA. a través de los diferentes productos que ofrece y lo que entregue como depósito y/o Inversión proviene de fuentes lícitas, autorizando a esta Institución, que en caso de infracción de cualquiera del contenido expresado en este formulario, dejo exenta a la cooperativa de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que haya proporcionado en los documentos de apertura de la cuenta y/o actualización de datos, como la violación de los mismos.

Declaró: que la información que se ha suministrado en este formulario es cierta y exacta, asimismo autorizo a la COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO PADRE GUILLERMO ARSENAULT LTDA. para que confirme cualquier dato, con el conocimiento de que, al descubrir cualquier falsedad o fraude en relación con lo antes expuesto, mi solicitud será denegada y mi nombre eliminado del registro de socio; asimismo autorizo a la cooperativa para que durante mi relación como afiliado (a) mi información sea actualizada y consultada en los buros de crédito y otros afines, a requerimientos de la cooperativa.

VOLUMEN MENSUAL ESTIMADO QUE MANEJARÁ EN LA CUENTA							
Lempiras				Dólares			
50.00	a 10,000.00	☐		20.00	a 2,000.00	☐	
10,000.01	a 50,000.00	☐		2,000.01	a 5,000.00	☐	
50,000.01	a 100,000.00	☐		5,000.01	en adelante	☐	
100,000.01	en adelante	☐					

Firma del Afiliado

Huella

Solicitud aprobada por Junta Directiva en punto N.º _____ de acta _____ con fecha _____



Jorge Alberto Martinez Cerrato
Presidente de Junta Directiva



Walter Pineda Zaldivar
Secretario de Junta Directiva

Of. de Atencion / Gerente de Filial / Encargado (a)

Firma Gerente de Filial/ Encargado (a)