



Servicoop
COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO

CIUDAD

FECHA Día

Mes

Año

SOLICITUD DE APERTURA DE CUENTAS

CHIQUISERVI - FONDO VACACIONAL - AHORRO PROGRAMADO

FECHA ACT. FORMATO

marzo 2025

Esta solicitud debe ser escrita a maquina o con letra de imprenta, en toma clara y precisa.

DATOS DEL SOLICITANTE

DATOS PERSONALES

Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Nombres:		Nº identificación:			
Lugar de Nacimiento:	Fecha de Nacimiento	Nacionalidad:	Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Edad:	Nº de Cargas:	Nº de hijos	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a
Nivel de estudios: <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Formación intermedia (técnica) <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Postgrado							<input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Unión Libre
CARGO EN LA EMPRESA							

REFERENCIA FAMILIAR/PERSONAL

Nombre de un pariente que no viva con Usted:	Parentesco:	Teléfono:	Dirección:
--	-------------	-----------	------------

DATOS DEL CÓNYUGE

Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Nombres:	Nº Identificación
-------------------	-------------------	----------	-------------------

1. INFORMACIÓN REQUERIDA PARA CUENTA CHIQUISERVI

NOMBRE DEL NIÑO

Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Nombres:	Nº identificación:	Ahorro Mensual
-------------------	-------------------	----------	--------------------	----------------

NOMBRE DEL NIÑO

Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Nombres:	Nº identificación:	Ahorro Mensual
-------------------	-------------------	----------	--------------------	----------------

2. INFORMACIÓN REQUERIDA PARA APERTURA DE CUENTA FONDO VACACIONAL

AHORRO MENSUAL	\$	VALOR EN LETRAS	
----------------	----	-----------------	--

El valor ahorrado de está cuenta puede ser retirado cuando el socio lo desee

3. INFORMACIÓN REQUERIDA PARA APERTURA DE CUENTA AHORRO PROGRAMADO

AHORRO MENSUAL	\$	VALOR EN LETRAS	
Plazo en meses	<i>Tiempo mínimo 6 meses</i>		

DISPOSICIÓN EN CASO DE FALLECIMIENTO

En caso de fallecimiento, dispongo que la Cooperativa de Ahorro y Crédito "Servicoop", entregue mis ahorros y otros haberes, a

Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Nombres:	Parentesco
-------------------	-------------------	----------	------------

AUTORIZACION DE DESCUENTO

Por lo antes expresado y para el normal manejo de mi dinero por parte de la Cooperativa y para obtención de los beneficios que recibiré al pertenecer a ella, autorizo expresamente a descontar de mi sueldo, bonificaciones, beneficios sociales y/o cualquier otro pago derivado de mi relación laboral con la compañía _____, para que sean a mis cuentas de ahorros

Acepto y Autorizo a

para que se realicen los descuentos correspondientes

FIRMA DEL SOLICITANTE