



C.A.P.M.P.

Caja de Ahorros del personal
del Ministerio Público

RIF J-002010010

Ciudadanos:

**JUNTA DIRECTIVA DE LA CAJA DE AHORRO
DEL PERSONAL DEL MINISTERIO PÚBLICO**

Presente.-

PLANILLA DE INSCRIPCIÓN

Yo, _____, mayor de edad, titular de la C.I. N° _____
 fecha de Nacimiento ____/____/____, Estado Civil: _____, de profesión
 _____, ejerciendo el cargo de: _____ en
 _____ del Estado: _____, con una remuneración
 mensual de: _____ y con domicilio en _____, teléfono
 móvil: _____, teléfonos: Ofic.: _____ Hab.: _____
 número de teléfono contacto en caso de emergencia: _____, correo electrónico:
 _____, Dirección de domicilio; Estado: _____
 Municipio: _____, Parroquia: _____ ante ustedes ocurro para solicitar la
 inscripción como miembro de esa Caja de Ahorro, para cuyo fin declaro expresamente conocer y
 estar de acuerdo con el Estatuto y demás reglamentos de esa Asociación Civil. Igualmente,
 manifiesto que, mi voluntad de inscribirme en el fondo funerario, para tales efectos anexo datos:

C.I.	APELLIDOS Y NOMBRES	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO [F/M]

Los beneficiarios que estarán cubiertos por el Fondo Funerario Administrado por esa Caja de Ahorro, son: (Cónyuge, Padres, e hijos sin límite de edad).

Bajo Juramento declaro que mis ingresos, fondos, capitales o beneficios no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en Las Leyes Penales vigentes y, en especial, de las previstas en la Ley Orgánica contra la Delincuencia Organizada y Financiamiento al Terrorismo y en especial, relativas a los delitos de la Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo y Financiamiento de la Proliferación de armas de Destrucción Masiva. (LC/FT/FPDM)

Por otra parte, hago de su conocimiento que autorizo a la Dirección de Recursos Humanos del Ministerio Público, para que del sueldo que devengo sea descontado el aporte quincenal y cualquier otro compromiso legal de pago que adquiera con dicha Caja, a partir de la fecha de admisión en la misma.

Así mismo autorizo que me descuenten las cuotas de créditos recibidos de Caja de Ahorro, y cualquier otro compromiso asumido con esta asociación, a través de la domiciliación bancaria de mi cuenta bancaria de nómina N° _____, Número de cuenta alternativo:

Fecha: _____

Firma del Titular: _____

Anexos:

Fotocopia de la Cédula de Identidad del Asociado y familiares legible.

Foto del titular.

<p>Para hacer reclamo por siniestro deberá haber cumplido con el pago de todas las cuotas; Si el asociado falla en dos (2) pagos pierde la cualidad de asegurado, en caso de que el banco no hiciera el descuento deberá cancelar a través del pago móvil de la Asociación (Bancamiga 0172 / Telf. 04241662244/ J002010010) y notificar vía Whatsapp al 04241235318 con nombres y apellidos, cédula y concepto</p>
--