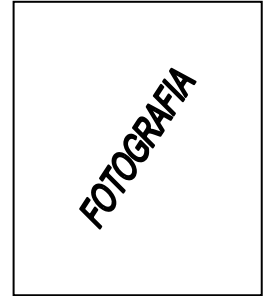




**ASOCIACION MUTUALISTA DE EMPLEADOS DEL
INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL**

UNA ENTIDAD CON PERSONERIA JURIDICA, ACUERDO GUBERNATIVO DEL 1o. DE DICIEMBRE DE 1954
21 CALLE 6-65 ZONA 11, COLONIA MARISCAL, GUATEMALA
PBX: (502) 2442-0040 FAX: (502) 2477-0290

SOLICITUD
INGRESO
MODIFICACION



Lugar y fecha: _____

Señores
Junta Directiva
AMIGSS

Por este medio expreso mi deseo de pertenecer a la Asociación, comprometiéndome a cumplir con los Estatutos, Acuerdos, Reglamentos y demás obligaciones, que me permitan recibir los beneficios y prestaciones actuales y las que en el futuro se establezcan. Para el efecto AUTORIZO a la Subgerencia de Recursos Humanos del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social o a la institución bancaria que AMIGSS designe, para que, de mi sueldo o pensión mensual, sean descontadas las cuotas ordinarias, extraordinarias y llamamientos, así también otras obligaciones económicas que contraiga con AMIGSS.

Para formalizar mi inscripción en AMIGSS, proporciono la siguiente información personal, laboral y de mis beneficiarios:

Nombres y apellidos completos: _____

DPI: _____ Extendido en: _____

Edad: _____ Lugar y fecha de nacimiento: _____ Estado civil: _____

Profesión: _____ Residencia: _____

Teléfono residencia: _____ Teléfono celular: _____ E-mail: _____

Fecha de ingreso al IGSS: _____ No. de empleado: _____

Dependencia donde trabaja: _____ Sueldo mensual: _____

Puesto que desempeña: _____ No. cuenta BANRURAL: _____

A) Beneficiarios que viven e inscribo, según lo estipulan los Estatutos y Acuerdos. Padres de hecho aplican condiciones especiales.

Parentesco	Nombres y apellidos	Edad	Fecha de nacimiento
PADRE			
MADRE			
CONYUGE			
HIJO			
"			
"			
"			
"			
"			
"			

B) Personas a quienes se les debe hacer efectivo los beneficios correspondientes en caso de mi fallecimiento.

Nombres y apellidos	Porcentaje de beneficios	Dirección de su residencia

Declaro bajo juramento, que son exactos los datos antes consignados y me sujeto a las leyes de Guatemala, en caso de falsedad.

C) Quedo obligado inscribir a nuevos familiares, dentro del grado de parentesco citado, a comunicar cualesquiera modificación que afecte mi relación con la entidad, tales como: Estado civil, modificación con respecto a beneficios a favor de familiares inscritos, mantener actualizado el lugar de mi residencia y todos aquellos que se hagan necesarios en el cumplimiento de mis obligaciones como asociado, datos que proporcionaré por escrito a la Asociación, bajo el entendido que gozarán de los beneficios únicamente los beneficiarios y/o persona (as) debidamente registrados.

ORIGINAL: (Verde): Expediente Asociado
DUPLICADO: (Rosado): Asociado
TRIPLICADO: (Amarillo): Archivo
03/2018/5000

Firma