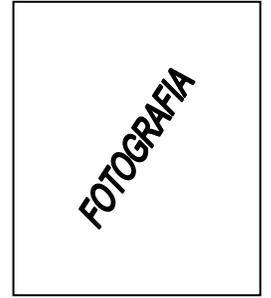




**ASOCIACION MUTUALISTA DE EMPLEADOS DEL  
INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL**

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