



Asociación Solidarista de Empleados de Infinite  
Costa Rica (ASOINFINITE)  
**SOLICITUD DE AFILIACION**

DIA	MES	AÑO

Nombre Completo \_\_\_\_\_ N°Cédula \_\_\_\_\_ N° de Colaborador \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Dirección Exacta del Domicilio \_\_\_\_\_

Site de trabajo \_\_\_\_\_ Departamento (Equipo) \_\_\_\_\_ Fecha de Ingreso a la Compañía \_\_\_\_\_

Correo Electrónico de Infinite \_\_\_\_\_ N° de Celular \_\_\_\_\_ Teléfono de Habitación \_\_\_\_\_

Cuenta IBAN \$: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Hijos Sí ( ) No ( )

Nombre del Cónyuge: \_\_\_\_\_

Solicito a la Junta Directiva de la Asociación Solidarista de Empleados de Infinite Costa Rica (ASOINFINITE), incluirme como asociado; prometo acatar y respetar sus Estatutos y Reglamentos, así como disposiciones que emanen de su Asamblea General, Junta Directiva y Fiscalía. En caso de Incapacidad o Fallecimiento, designo como beneficiarios (de acuerdo con el artículo 85 del Código de Trabajo que dice): Estas corresponderán a los parientes del trabajador en el siguiente: 1 Consorte (cónyugue) y los hijos menores de edad e inhábiles. 2 Los hijos menores de edad y los padres; y 3 las demás personas que conformen la ley civil tiene carácter de herederos.

Nombre Completo Beneficiario (a) 1	Parentezco	N° de Cédula
------------------------------------	------------	--------------

Correo Electrónico	N° de Teléfono	Porcentaje
--------------------	----------------	------------

Nombre Completo Beneficiario (a) 2	Parentezco	N° de Cédula
------------------------------------	------------	--------------

Correo Electrónico	N° de Teléfono	Porcentaje
--------------------	----------------	------------

Nombre Completo Beneficiario (a) 3	Parentezco	N° de Cédula
------------------------------------	------------	--------------

Correo Electrónico	N° de Teléfono	Porcentaje
--------------------	----------------	------------

Autorizo a Infinite Costa Rica, para que deduzca 5% de mi salario, por concepto de cuota de Ahorro Obrero, la cual me acredita como miembro de ASOINFINITE, a partir del mes de: \_\_\_\_\_

NOTA: Se debe revisar el comprobante salarial y verificar que aparezca el rebajo de la Asociación correspondiente al 5% de Ahorro Obrero, en caso de no aparecer ese rebajo, escribir al correo [personaladministrativo@asoinfinite.com](mailto:personaladministrativo@asoinfinite.com), sólo se tiene 1 mes para realizar el reclamo ya que no es retroactivo.

\_\_\_\_\_  
Firma del Asociado

\_\_\_\_\_  
Número de Cédula