

# Solicitud de Afiliación al Fideicomiso Plan de Retiro Mercantil INPRECONTAD



Tipo de Afiliación:  Ingreso  Ingreso con Aporte Inicial

Nº de Solicitud: \_\_\_\_\_

Fecha de Solicitud: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Datos Personales del Afiliado

Cédula	Nacionalidad <input type="checkbox"/> Venezolana <input type="checkbox"/> Extranjera	Primer Nombre e Inicial del Segundo	Primer Apellido	Segundo Apellido o Apellido de Casada
Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado	Lugar de Nacimiento (Señale Estado, Ciudad, País)		Fecha de Nacimiento	
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Status de Pension: <input type="checkbox"/> 1: Activo <input type="checkbox"/> 2: Pensionado	Poliza de Seguro <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Profesion <b>CONTADOR PUBLICO</b>	

### Dirección de Habitación

Avenida/Calle	Edif./Resid./Centro Comercial/Casa	Piso/Apto./Local	Urbanización	Zona Postal
Estado	Municipio	Ciudad o Población		
Telefono	Fax	E-mail		

### Dirección de Trabajo

Avenida/Calle	Edif./Resid./Centro Comercial/Casa	Piso/Apto./Local	Urbanización	Zona Postal
Estado	Municipio	Ciudad o Población		
Telefono	Fax	E-mail		

Lugar de Envío de la Correspondencia:  Habitación  Lugar de Trabajo  Apartado Postal N°: \_\_\_\_\_

### Identificación de Beneficiarios

	Cédula de Identidad	Nombres y Apellidos	Cód. de Parent.	Sexo	Fecha Nacimiento Dia/Mes/Año	% Distrib. Beneficio
1				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
2				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
3				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
4				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
5				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
6				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
7				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		

Código de Parentesco: 01 = Cónyuge 02 = Madre 03 = Padre 04 = Hijo 05 = Concubina 06 = Otro (especifique): \_\_\_\_\_

### Datos del Empleador 1

C.I./R.I.F. N°	Nombre o Razón Social:			
Avenida/Calle	Edif./Resid./Centro Comercial/Casa	Piso/Apto./Local	Urbanización	Zona Postal
Estado	Municipio	Ciudad o Población		
Telefono	Fax	E-mail		

### Datos de la Forma del Aporte

Aportes en Bolívares (mínimo 10.000 Bs.)

Incremento Anual Automático del Aporte Periódico del:  10 % Anual  20 % Anual  \_\_\_ % Anual (Mínimo 10%)

Aportes en Dolares (mínimo 20 US\$)

Incremento Anual Automático del Aporte Periódico del:  10 % Anual  \_\_\_ % Anual (Mínimo 10%)

### Forma de Aporte en Bolívares

Autorizo al Banco Mercantil, C.A., (Banco Universal) a debitar de mi Cuenta \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

y ser abonado en mi cuenta del Fondo Individual, la(s) cantidad (des) especificada (s) a continuación:

Aporte inicial \_\_\_\_\_

Aporte Periódico Mensual \_\_\_\_\_

### Forma de Aporte en Dólares

Autorizo al Banco Mercantil, C.A., (Banco Universal) a debitar de mi Cuenta \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

\_\_\_ Banco Mercantil Miami, \_\_\_ Banco Mercantil New York, \_\_\_ Banco Mercantil en Venezuela, \_\_\_ Commercebank, y ser abonado en mi cuenta del Fondo Individual, la(s) cantidad (des) especificada (s) a continuación:

Aporte inicial \_\_\_\_\_

Aporte Periódico Mensual \_\_\_\_\_

Autorizo(amos) al Banco Mercantil, C.A. (Banco Universal), efectúe la conversión en dólares de mi aporte inicial y/u mensual, y debite a la cuenta los costos de la operación cambiaria y gastos de transferencia en el momento de la operación.

Por concepto de aporte periódico mensual que se abonará en mi cuenta de Fondo Fiduciario Individual. Esta cantidad será el monto máximo a debitar y será cargada en mi cuenta con periodicidad mensual en la

- Primera quincena de cada mes.  
 Segunda quincena de cada mes.

Libero al Banco de toda responsabilidad en caso de que por error u omisión, no debítase a mi cuenta el importe de las obligaciones antes mencionadas.

Esta autorización podrá ser revocada por escrito, en cualquier momento por quien suscribe, entendiéndose que reconoceré los cargos o débitos efectuados a mi cuenta hasta por dos (2) meses después de ser recibida en el Banco mi solicitud de cancelación de esta autorización.

\_\_\_\_\_  
Firma Autorizada Cédula de Identidad N°: \_\_\_\_\_

Señores,  
**Banco Mercantil, C.A., (Banco Universal)**  
Ciudad.-

Yo \_\_\_\_\_, mayor de edad, domiciliado en \_\_\_\_\_ y titular de la Cédula de Identidad N° \_\_\_\_\_, declaro: en conocimiento de las condiciones establecidas en el **PLAN DE RETIRO MERCANTIL**, por medio de la presente, mi voluntad de adherirme al mismo y de acatar su normativa. En mi condición de interesado, autorizo al Representante Legal de **NRECONIAD**, para que suscriba en mi nombre, el documento de adhesión al Fideicomiso autenticado ante la Notaria Pública Novena del Municipio Autónomo Chacao del Estado Miranda, el 25 de julio de 1997 bajo el N° 7, Tomo 8, de los Libros respectivos.

Atentamente,

\_\_\_\_\_  
Firma Autorizada

Funcionario o Promotor Autorizado		Unidad de Negocio/Oficina	
Código:		Código:	
Firma y Sello			