

Garantes Solidarios (El llenado de todos los campos es obligatorio)

Nosotros los firmantes, nos constituimos en fiadores solidarios del suscriptor principal de esta solicitud de Apoyo Mutuo, y entre nosotros mismos por las obligaciones contenidas en la presente, comprometiéndonos a responder por la cantidad adeuada y otros gastos pactados que se devenguen hasta su total cancelación. Autorizo/ autorizamos a La Asociación, con mi/nuestra firma, a efectuar directa o indirectamente los descuentos en mi/nuestra cuenta BCP consignada en el presente documento, y/o cualquier otra cuenta que tuviere en el BCP.

Garantes solidarios a favor de:	Monto: S/.	Cuotas:
ASOCIADO GARANTE 1: Fecha:		

Documento de Identidad	DNI N°	<input type="text"/>	Matrícula N°	<input type="text"/>
Apellido paterno	Apellido materno o de casada		Nombres	

Teléfono fijo	Celular	Dirección Domiciliaria	Distrito	Provincia/Dpto.

Sección y/o Sucursal	Teléfono y Anexo	Puesto específico	E-mail BCP	

Firma Garante 1	<input type="radio"/> Cta. Cte. <input type="radio"/> Cta. Maestra <input type="radio"/> Cta. Ahorro		Tipo de Contrato <input type="radio"/> Fijo <input type="radio"/> Indet.	
	Número de Cuenta		E-mail Personal	

ASOCIADO GARANTE 2: Fecha:		
---	--	--

Documento de Identidad	DNI N°	<input type="text"/>	Matrícula N°	<input type="text"/>
Apellido paterno	Apellido materno o de casada		Nombres	

Teléfono fijo	Celular	Dirección Domiciliaria	Distrito	Provincia/Dpto.

Sección y/o Sucursal	Teléfono y Anexo	Puesto específico	E-mail BCP	

Firma Garante 2	<input type="radio"/> Cta. Cte. <input type="radio"/> Cta. Maestra <input type="radio"/> Cta. Ahorro		Tipo de Contrato <input type="radio"/> Fijo <input type="radio"/> Indet.	
	Número de Cuenta		E-mail Personal	

1. TODAS LAS SOLICITUDES DE APOYO MUTUAL ORIGINALES Y DOCUMENTOS SUSTENTATORIOS DEBERÁN SER ENVIADOS POR VALIJA A NOMBRE DE LA ASOCIACIÓN:

AUTOGENERADO:

APELLIDO PATERNO: EMPLEADOS

APELLIDO MATERNO: BCP

NOMBRES: ASOCIACIÓN DE

Y ADELANTAR EL NÚMERO DE LOP POR E-MAIL A SU ASESORA.

2. EN CASO DE CAMBIAR LA CUENTA DE DÉBITO PARA EL PAGO DE SUS CUOTAS MENSUALES, DEBERÁ INFORMARLO EN FORMA INMEDIATA MEDIANTE E-MAIL.

3. EL ASOCIADO(A) DEBERÁ COMUNICAR PERSONALMENTE O POR CUALQUIER OTRO MEDIO A LA ASOCIACIÓN SI HA DEJADO DE LABORAR EN EL BCP, EMPRESA DE GRUPO CRÉDITO O SUBSIDIARIA, CON UN PLAZO DE 30 DÍAS CALENDARIOS, PARA ASÍ CANCELAR SU SALDO DEUDOR DEL APOYO MUTUAL EN SU TOTALIDAD.

4. PARA MAYOR INFORMACIÓN, VISITAR LA WEB: WWW.LAASOCIACION.COM.PE

Garantes Solidarios (El llenado de todos los campos es obligatorio)

Nosotros los firmantes, nos constituimos en fiadores solidarios del suscriptor principal de esta solicitud de Apoyo Mutuo, y entre nosotros mismos por las obligaciones contenidas en la presente, comprometiéndonos a responder por la cantidad adeudada y otros gastos pactados que se devenguen hasta su total cancelación. Autorizo/ autorizamos a La Asociación, con mi/nuestra firma, a efectuar directa o indirectamente los descuentos en mi/nuestra cuenta BCP consignada en el presente documento, y/o cualquier otra cuenta que tuviere en el BCP.

Garantes solidarios a favor de:		Monto: S/.	Cuotas:
ASOCIADO GARANTE 3:		Fecha:	
Documento de Identidad	DNI N°	Matrícula N°	
Apellido paterno	Apellido materno o de casada	Nombres	
Teléfono fijo	Celular	Dirección Domiciliaria	Distrito Provincia/Dpto.
Sección y/o Sucursal	Teléfono y Anexo	Puesto específico	E-mail BCP
Firma Garante 3	<input type="radio"/> Cta. Cte. <input type="radio"/> Cta. Maestra <input type="radio"/> Cta. Ahorro		Tipo de Contrato
	Número de Cuenta		<input type="radio"/> Fijo <input type="radio"/> Indet.
		E-mail Personal	

ASOCIADO GARANTE 4:		Fecha:	
Documento de Identidad	DNI N°	Matrícula N°	
Apellido paterno	Apellido materno o de casada	Nombres	
Teléfono fijo	Celular	Dirección Domiciliaria	Distrito Provincia/Dpto.
Sección y/o Sucursal	Teléfono y Anexo	Puesto específico	E-mail BCP
Firma Garante 4	<input type="radio"/> Cta. Cte. <input type="radio"/> Cta. Maestra <input type="radio"/> Cta. Ahorro		Tipo de Contrato
	Número de Cuenta		<input type="radio"/> Fijo <input type="radio"/> Indet.
		E-mail Personal	

1. TODAS LAS SOLICITUDES DE APOYO MUTUAL ORIGINALES Y DOCUMENTOS SUSTENTATORIOS DEBERÁN SER ENVIADOS POR VALIJA A NOMBRE DE LA ASOCIACIÓN:

AUTOGENERADO:

APELLIDO PATERNO: EMPLEADOS

APELLIDO MATERNO: BCP

NOMBRES: ASOCIACIÓN DE

Y ADELANTAR EL **NÚMERO DE LOP** POR E-MAIL A SU ASESORA.

2. EN CASO DE CAMBIAR LA CUENTA DE DÉBITO PARA EL PAGO DE SUS CUOTAS MENSUALES, DEBERÁ INFORMARLO EN FORMA INMEDIATA MEDIANTE E-MAIL.

3. EL ASOCIADO(A) DEBERÁ COMUNICAR PERSONALMENTE O POR CUALQUIER OTRO MEDIO A LA ASOCIACIÓN SI HA DEJADO DE LABORAR EN EL BCP, EMPRESA DE GRUPO CRÉDITO O SUBSIDIARIA, CON UN PLAZO DE 30 DÍAS CALENDARIOS, PARA ASÍ CANCELAR SU SALDO DEUDOR DEL APOYO MUTUAL EN SU TOTALIDAD.

4. PARA MAYOR INFORMACIÓN, VISITAR LA WEB: WWW.LAASOCIACION.COM.PE