



BOLETA DE DESAFILIACIÓN

FECHA:

____ / ____ / ____

Señores
Junta Directiva
Asoirex
Presente

Estimados señores:

Por este medio yo _____, cédula # _____
Me dirijo a ustedes para comunicarles mi renuncia como socio activo; el motivo de mi solicitud se debe a _____.

En la actualidad laboro para la empresa _____
en el departamento de _____.

Manifiesto también conocer las consecuencias de mi desafiliación en el contexto de la pérdida de mis beneficios como socio y lo que estipula los diferentes reglamentos.

A SABER :

- ** Las cuotas posteriores a la desafiliación, el Aporte Patronal se convierte en **Cesantía NO Socio**
- ** Lo acumulado en la cuenta **Cesantía NO Socio** no cuenta para el cálculo de los excedentes.
- ** Mi Ahorro Personal queda en **CERO**.
- ** Mi Aporte Patronal **se traslada** al Aporte en Custodia y no gana excedentes.
- ** Por mi desafiliación reconozco que mis **excedentes** se verán **disminuidos** al cierre fiscal.
- ** Me doy por enterado de que si tengo tratamiento Odontológico, **pierdo el derecho** de continuar con el tratamiento y de que **debo esperar** un tiempo para renovar mi derecho al servicio de odontología, posterior a mi afiliación, según el reglamento de Odontología.
- ** Si, en el momento de mi desafiliación existiera alguna actividad programada, **pierdo el derecho** de asistir.
- ** Si después de la liquidación, queda algún saldo pendiente de pagar a la asociación, el monto pasa a una línea de crédito Ex Asociado con un a tasa de interés más alto.

Se les agradece la colaboración que me puedan brindar al respecto.

FIRMA

CEDULA