

DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre completo	_____		
Documento de Identidad	_____	Dirección Residencia	_____
Teléfono	_____	Celular	_____
Correo electrónico:	_____	Fecha	_____

Esta encuesta tiene como finalidad, conocer el motivo por el cual se retira del Fondo de Empleados y su opinión acerca de aspectos que considere susceptibles de mejorar. De antemano agradecemos su valioso aporte a nuestro crecimiento continuo y esperamos tenerlo nuevamente como asociado en un futuro próximo.

CAUSA O MOTIVO

F01 Incapacidad para cumplir obligaciones	<input type="checkbox"/>	F02 Pérdida de Empleo	<input type="checkbox"/>
F03 Cambio de empleo (otra empresa)	<input type="checkbox"/>	F04 Dificultad para cumplir con los requisitos de los créditos	<input type="checkbox"/>
F05 Necesito los aportes y ahorros	<input type="checkbox"/>	F06 No utilizo los servicios	<input type="checkbox"/>
F06 Motivos personales	<input type="checkbox"/>	F08 Los servicios ofertados no se ajustan a mis necesidades	<input type="checkbox"/>
F09 Insatisfacción con el servicio de FONMAIZ	<input type="checkbox"/>	F10 Facilidad para reingresar y continuar con los beneficios	<input type="checkbox"/>
F11 Negociación por Insolvencia	<input type="checkbox"/>		

ENTREVISTA DE RETIRO

	SI	NO
1. ¿Sabe usted que hemos revalorizado sus aportes al cierre del ejercicio anual ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Sabe que tenemos rentabilidad competitiva para sus ahorros?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Sabe que asumimos el 4 x 1000 de todos sus movimientos de ahorros?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Sabe que asumimos el valor de los cheques por retiros de ahorros o CDAT?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Sabe que tenemos servicio de transferencias bancarias a la cuenta bancaria que usted indique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Sabe usted que tenemos póliza de seguros por vida deudores (En caso de fallecimiento, cubre las deudas adquiridas por el asociado con Fonmaiz aprobadas por la aseguradora) sin ningún costo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Sabe que tiene acceso a líneas de crédito con bajas tasas de interés?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Sabe usted que no cobramos estudio de crédito?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Sabe usted que no cobramos expedición de referencias comerciales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Sabe usted que tiene recreación, eventos y auxilios para usted y su grupo familiar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Sabe que al retirarse debe esperar 4 meses para su reingreso y que para tener derecho a actividades de bienestar y obsequio navideño debe esperar 6 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Sabe usted que tenemos convenios para pólizas de vida, hogar, salud, vehículos, Cem, Emi, Sercofun?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Sabe usted que si tiene 65 años o más no podrá reingresar a Fonmaiz por no tener cobertura en pólizas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Cómo califica el servicio que le ha prestado Fonmaiz durante el tiempo que estuvo como asociado ?	Malo ___ Regular ___ Bueno ___ Excelente ___	
14. ¿Cómo califica la atención recibida de parte del personal del fondo?	Malo ___ Regular ___ Bueno ___ Excelente ___	
15. ¿Recomendaría a Fonmaiz a un compañero para que ingresara como asociado?	SI ___ TAL VEZ ___ NO ___	

AUTORIZACIÓN DE DESEMBOLSO

Tipo de Cuenta	Ahorros <input type="checkbox"/>	Autorizo a FONMAIZ, para realizar transferencias electrónicas del dinero producto de créditos, ahorros, retiros y devoluciones a mi nombre o a terceros
	Corriente <input type="checkbox"/>	
Cuenta Numero	<input type="text"/>	Entidad <input type="text"/>

Firma del Asociado

Firma del Empleados Fonmaiz

Fecha de Recepción de Solicitud:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------