

**COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO INTERMETRO**  
**PLAN DE CUENTAS ROTATIVAS**  
**SOLICITUD DE LÍNEA DE CRÉDITO**

FAVOR DE INCLUIR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS: TALONARIO RECIENTE, COPIA DE DOS IDENTIFICACIONES, EVIDENCIA DE DIRECCIÓN										
NÚMERO DE SOCIO _____			LÍNEA NUEVA <input type="checkbox"/>		AUMENTO <input type="checkbox"/>		LÍMITE DE CRÉDITO: _____ A \$ _____			
<b>INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE</b>										
NOMBRE		APELLIDO PATERNO			APELLIDO MATERNO			FECHA DE NACIMIENTO		
								MES	DÍA	AÑO
NÚMERO SEGURO SOCIAL 		ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> SOLTERO			NÚMERO DE DEPENDIENTES		LICENCIA DE CONDUCIR			
DIRECCIÓN POSTAL				CIUDAD			ZIP CODE			
DIRECCIÓN RESIDENCIAL				CIUDAD			ZIP CODE			
TIEMPO EN RESIDENCIA		CASA <input type="checkbox"/> PROPIA <input type="checkbox"/> FAMILIA		TELÉFONO DE RESIDENCIA		TENEDOR DE LA HIPOTECA O ARRENDADOR		PAGO MENSUAL		
AÑOS	MESES	<input type="checkbox"/> ALQUILADA <input type="checkbox"/> OTRO						\$ _____		
EMPLEO O NOMBRE DEL PATRONO			TELÉFONO DE EMPLEO			TIEMPO EN EMPLEO		<input type="checkbox"/> TIEMPO PARCIAL		
						AÑOS		MESES		
								<input type="checkbox"/> TIEMPO COMPLETO		
DIRECCIÓN EMPLEO				CIUDAD			ZIP CODE			
PUESTO		NOMBRE SUPERVISOR		SALARIO BRUTO <input type="checkbox"/> MENSUAL <input type="checkbox"/> QUINCENAL		SALARIO NETO				
				\$ _____ <input type="checkbox"/> BISEMANAL <input type="checkbox"/> SEMANAL		\$ _____				
FUENTE DE OTROS INGRESOS		FRECUENCIA <input type="checkbox"/> MENSUAL <input type="checkbox"/> QUINCENAL		<input type="checkbox"/> BISEMANAL <input type="checkbox"/> SEMANAL		CANTIDAD \$ _____				
EMPLEO ANTERIOR (Si lleva menos de tres años en el empleo actual)			TELÉFONO DE EMPLEO			TIEMPO EN EMPLEO		<input type="checkbox"/> TIEMPO PARCIAL		
						AÑOS		MESES		
								<input type="checkbox"/> TIEMPO COMPLETO		
DIRECCIÓN EMPLEO ANTERIOR				CIUDAD			ZIP CODE		PUESTO	
FAMILIAR CERCANO (Que no viva con usted)		DIRECCIÓN FAMILIAR		CIUDAD		ZIP CODE		PARENTESCO	TELÉFONO	
Cuentas de Depósito										
NOMBRE DEL BANCO				SUCURSAL			NÚMERO DE CUENTA			
CORRIENTE:										
AHORRO:										
<b>INFORMACIÓN DEL CO-SOLICITANTE</b> <input type="checkbox"/> CÓNYUGE <input type="checkbox"/> OTRO										
NOMBRE		APELLIDO PATERNO			APELLIDO MATERNO			FECHA DE NACIMIENTO		
								MES	DÍA	AÑO

<b>DIRECCIÓN POSTAL</b>	
Código _____	
<b>Seguro Opcional</b>	
<p>Seguro de protección de vida, incapacidad y desempleo involuntario. El seguro de protección de balance es un seguro opcional que paga el plazo mínimo mensual de su tarjeta en caso de incapacidad o desempleo; o paga el balance completo de su cuenta en caso de desmembramiento accidental o muerte, hasta un máximo de \$ _____. El costo es de \$ _____ por cada \$ _____ de balance. Este seguro está disponible para personas de _____ años de edad o menos.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí deseo obtener el seguro</p> <p><input type="checkbox"/> No deseo obtener el seguro</p>	
Firma de solicitante	
<b>ASEGÚRESE DE FIRMAR ESTA SOLICITUD Y EL CONTRATO ADENTRO</b>	
<p>HE (HEMOS) LEÍDO LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES EXPUESTOS EN EL CONTRATO DE VENTA AL POR MENOR A PLAZOS QUE APARECE AL DORSO Y ESTOY (ESTAMOS) DE ACUERDO CON LOS MISMOS.</p> <p>Certifico que todo lo antes expuesto es cierto y correcto y que la Cooperativa retendrá esta solicitud fuera o no aprobada la misma. Por la presente autorizo a la Cooperativa a verificar el historial de crédito y de empleo de los suscriptores y a divulgar a cualquier agencia de información de crédito cualquier información obtenida respecto a su experiencia de crédito con los suscribientes.</p>	
x	FIRMA DE SOLICITANTE
x	FECHA
x	FIRMA DE CO-SOLICITANTE
x	FECHA
<b>PARA USO DE LA COOPERATIVA SOLAMENTE</b>	
DECISIÓN	FECHA DE LA DECISIÓN

NÚMERO SEGURO SOCIAL 	ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> NO CASADO	NÚMERO DE DEPENDIENTES	LICENCIA DE CONDUCIR	LÍMITE DE CRÉDITO \$ _____	FIRMA DEL OFICIAL
NÚMERO DE SOLICITUD				COMITÉ DE CRÉDITO 1) _____ 2) _____	COMITÉ DE SUPERVISIÓN 1) _____
<b>INFORMACIÓN DEL CO-SOLICITANTE</b>					
DIRECCIÓN RESIDENCIAL		CIUDAD		ZIP CODE	
EMPLEO O NOMBRE DEL PATRONO	TELÉFONO DE EMPLEO	TIEMPO EN EMPLEO		<input type="checkbox"/> TIEMPO PARCIAL	
		AÑOS	MESES	<input type="checkbox"/> TIEMPO COMPLETO	
DIRECCIÓN EMPLEO		CIUDAD		ZIP CODE	
PUESTO	NOMBRE SUPERVISOR	SALARIO BRUTO	<input type="checkbox"/> MENSUAL <input type="checkbox"/> QUINCENAL <input type="checkbox"/> BISEMANAL <input type="checkbox"/> SEMANAL	SALARIO NETO \$ _____	
FUENTE DE OTROS INGRESOS				CANTIDAD \$ _____	
*NO ES NECESARIO INCLUIR LOS ENGRESOS POR CONCEPTO DE PENSIONES ALIMENTARIAS O MANUTENCIÓN DE MENORES SI USTED NO DESEA QUE SE CONSIDEREN PARA EL PAGO DE ESTA OBLIGACIÓN. EL CO-SOLICITANTE TIENE QUE SOMETER, ADEMÁS DE LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS AL DEUDOR PRINCIPAL, UNA VERIFICACIÓN DE EMPLEO EN ORIGINAL SI NO ES EMPLEADO DE LA UNIVERSIDAD INTERAMERICANA DE PUERTO RICO.					

<b>TASA DE PORCENTAJE ANUAL</b> <u>12.00 %</u> Adelantos en efectivo	<b>PERIODO DE GRACIA</b> 27 A 32 Días Ninguno	<b>CARGO POR MORA</b> 4.00% del balance de la línea de crédito	<b>MÉTODO DE CALCULAR EL BALANCE</b> Balance Diario Promedio (Incluyendo compras nuevas)	<b>CARGO POR CHEQUE DEVUELTO</b> \$ <u>15.00</u>
La información sobre los costos de la línea descrita en esta solicitud es correcta al <u>31</u> de <u>diciembre</u> de <u>2005</u> . Esta información puede haber variado después de esta fecha. Para verificar lo que puede haber variado en dicha información, puede llamar al <u>764-6750</u> , o escribir a la siguiente dirección:				
<b>Cooperativa de Ahorro y Crédito Intermetro</b> P.O. Box 363255 San Juan, P.R. 00936				



**COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO INTERMETRO**  
UNIVERSIDAD INTERAMERICANA

**AUTORIZACION PARA EL PAGO DE LA LINEA DE CREDITO  
POR DESCUENTO DE NOMINA**

Fecha \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Número de Socio \_\_\_\_\_ Cantidad Línea \$ \_\_\_\_\_

Mediante esta autorización solicito que el pago de mi Línea Rotativa de Crédito sea efectuado a través de descuento de nómina de mi salario quincenal.

Mi Línea de Crédito es:

			<b>Iniciales</b>	
( )	\$500.00	Pago quincenal	\$7.00	_____
( )	\$1,000.00	Pago quincenal	\$13.50	_____
( )	\$1,500.00	Pago quincenal	\$20.00	_____
( )	\$2,000.00	Pago quincenal	\$25.00	_____
( )	\$2,500.00	Pago quincenal	\$30.00	_____
( )	\$3,000.00	Pago quincenal	\$40.00	_____
( )	\$3,500.00	Pago quincenal	\$46.00	_____
( )	\$4,000.00	Pago quincenal	\$52.50	_____
( )	\$4,500.00	Pago quincenal	\$60.00	_____
( )	\$5,000.00	Pago quincenal	\$67.50	_____

Este pago será fijo quincenalmente y será acreditado a mi Línea de Crédito en la Cooperativa de Ahorro y Crédito Intermetro.

\_\_\_\_\_  
Firma de Socio

\_\_\_\_\_  
Firma Oficial Cooperativa

# COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO INTERMETRO

## AVISO SOBRE ERRORES EN ESTADOS DE CUENTA O FACTURAS DE COBRO

Este aviso contiene información importante sobre sus derechos y nuestras responsabilidades bajo el "Fair Credit Billing Act".

### NOTIFICACION EN CASO DE ERRORES O PREGUNTAS SOBRE SU FACTURA O ESTADO DE CUENTA:

Si usted cree que hay errores en su estado de cuenta, o si necesita información adicional sobre alguna transacción en su factura, escribanos en un papel separado a la siguiente dirección:

**Cooperativa de Ahorro y Crédito Intermetro**  
P.O. Box 195346  
San Juan PR. 00919-5346

Escriba tan pronto sea posible. La Cooperativa deberá recibir su carta o notificación por escrito dentro de los 60 días siguientes al envío del primer estado de cuenta en que se refleja el error o el problema. Usted podrá llamar por teléfono a la Cooperativa, pero esto no le salvaguardará sus derechos bajo esta ley. En su carta o notificación indique la siguiente información:

- Su nombre y su número de cuenta
- La cantidad de dólares del posible error
- Describa el error y explique, si puede, en que consiste, o la procedencia. Si necesita más información, describa la partida de la cual usted tiene dudas.

### SUS DERECHOS Y NUESTRA RESPONSABILIDADES DESPUES DE NOSOTROS RECIBIR SU NOTIFICACION POR ESCRITO

La Cooperativa tendrá que acusar recibo de su carta dentro de 30 días del recibo de la notificación a menos que haya corregido el error en este periodo de tiempo. La Cooperativa tendrá que corregir el error o explicarle dentro de los 90 días del recibo de su carta o notificación, por que entiende que el estado de cuenta está correcto. Luego del recibo de su notificación o carta relativa a un error en el estado de cuenta, la Cooperativa, no podrá hacer gestiones para cobrar la cantidad en disputa o hacer informes de crédito sobre la misma calificándolo como moroso. La Cooperativa podrá continuar facturándole por la cantidad en disputa, incluyendo cargos por financiamiento y podrá aplicar cualquier cantidad sin pagar, contra su límite de crédito. Usted no tiene que pagar ninguna cantidad en disputa mientras la Cooperativa este investigando, pero está en la obligación de pagar la porción de la factura que no esta en disputa.

Si la Cooperativa determina que hay un error en el estado de cuenta, usted no tendrá que pagar la cantidad en disputa ni cargos por financiamiento sobre la misma. Si por el contrario, la Cooperativa determina que no había error en el estado de cuenta, usted tendrá que pagar los cargos por financiamiento sobre la cantidad en disputa y tendrá que cubrir cualquier pago mínimo requerido sobre la cantidad reclamada. En ambos casos la Cooperativa le enviará un estado de cuenta con la cantidad adeudada y la fecha de vencimiento. Si no paga la cantidad que la Cooperativa entiende que usted le adeuda, esta podrá hacer informes de crédito calificándole como moroso.

Si dentro de diez días siguientes al recibo de la comunicación de la Cooperativa explicándole que no hubo error en la facturación, usted notifica por escrito que no está satisfecho con dicha explicación y que usted se rehúsa a pagar la cantidad en disputa, la Cooperativa le podrá informar sobre ello a las agencias de crédito y a otras entidades a quienes les rinda informes de crédito sobre usted. La Cooperativa le informará a usted, el nombre de las agencias de crédito o el nombre de las entidades que recibieron un informe de crédito al respecto. Una vez se resuelva la disputa, la Cooperativa le notificará sobre ello a dichas agencias o entidades.

Si la Cooperativa no sigue estas reglas, no podrá cobrar los primeros \$50.00 de la cantidad en disputa aunque luego se determine que la factura estaba correcta.

CERTIFICO RECIBIDO Y DE ACUERDO:

NOMBRE SOCIO

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE SOCIO

\_\_\_\_\_  
NUMERO DE CUENTA:

\_\_\_\_\_  
FECHA:

# COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO INTERMETRO

## AUTORIZACION DE DESCUENTO NOMINAL QUINCENAL

---

De acuerdo con la Ley 269 de 1950 autorizo a la Universidad Interamericana de Puerto Rico a que descuenta de mi salario la cantidad siguiente para ser remitida a la **Cooperativa Intermetro**:

1ra Quincena       2da Quincena      del mes de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Acciones	\$ _____	Préstamo Regular	\$ _____
Ahorros	\$ _____	Préstamo Emergencia	\$ _____
Club Navidad	\$ _____	Préstamo Especial	\$ _____
Club Mayo	\$ _____	Línea de Crédito	\$ _____
_____	\$ _____	_____	\$ _____

**TOTAL DESCUENTO QUINCENAL**

\$

---

Esta autorización invalida cualquier autorización de descuento anterior que esté vigente. La cantidad total deberá ser enviada a la Cooperativa Intermetro. La presente autorización estará en efecto a partir de la fecha establecida. Esta autorización estará vigente hasta que sea revocada o sustituida por mí por escrito y notificada a ustedes a través de la Cooperativa.

---

**Favor de Llenar en Letra de Molde**

**Nombre                      Inicial                      Apellido Paterno                      Apellido Materno**

---

**Recinto                                      Oficina                                      Fecha**

---

**Número de Cuenta**

**Número de empleado**

\_\_\_\_\_  
**Firma de Socio**

\_\_\_\_\_  
**Oficial Cooperativa Intermetro**

**CERTIFICADO DE SEGURO COLECTIVO DE VIDA  
LINEA DE CREDITO CON BENEFICIO DE  
INCAPACIDAD FISICA TOTAL Y PERMANENTE**

			Número Póliza			Nombre del Tenedor de Póliza								
Fecha Concedido Crédito			Fecha Efectividad			Fecha Vencimiento			Edad		Terminación		Número de Cuenta	
Mes	Día	Año	Mes	Día	Año	Mes	Día	Año	Incapacidad		Vida			
									60 años		70 años			
Nombre del Deudor											Número Seguro Social			
Dirección Postal											Zip Code			
Dirección Física											Zip Code			
Fecha de Solicitud Seguro			Cubierta Máxima de Seguro			Cantidad Máxima Aprobada al Deudor			Prima a Pagar		Fecha de Nacimiento			
Mes	Día	Año									Mes	Día	Año	
Nombre del Patrono														
Dirección Física						Dirección Postal						Zip Code		

**LA PRESENTE CERTIFICA** que el Deudor nombrado en este Certificado de Seguro está asegurado de acuerdo a las estipulaciones de la Póliza de Seguro Colectivo de Vida Línea de Crédito, sujeto a todos sus términos, condiciones, limitaciones y excepciones, emitida al Tenedor de Póliza por la Cooperativa de Seguros de Vida de Puerto Rico, COSVI en adelante llamada La Cooperativa.

Este seguro es opcional y no es una condición para obtener el préstamo. Es posible que no necesite el mismo si tiene otro seguro que cubra los riesgos cubiertos; sujeto a que someta prueba de la existencia del mismo al Tenedor de Póliza.

Las cubiertas que se proveen sólo pueden adquirirse en conjunto.

**La cubierta de incapacidad física, total y permanente termina cuando usted cumpla los sesenta (60) años de edad y la cubierta del seguro de vida termina cuando usted cumpla los setenta (70) años de edad, aún cuando el término de la línea de crédito asegurada no haya concluido.**

De usted financiar este seguro, la prima del mismo está sujeta a los cargos por financiamiento estipulados por la cooperativa de ahorro y crédito.

**LA COOPERATIVA PAGARÁ** al recibo de prueba fehaciente de la muerte o incapacidad del Deudor Elegible asegurado, si se le extiende esta última cubierta, la cantidad de seguro entonces en vigor sobre la Vida del Deudor al Tenedor de Póliza como Beneficiario irrevocable. Esta cantidad será utilizada para reducir o extinguir la deuda del Deudor con el Tenedor de Póliza.

**REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD:** Los requisitos de elegibilidad con los que usted debe cumplir para cualificar para este seguro son:

**Parte I:** Para ser elegible a los beneficios de la cubierta del seguro de vida, es necesario que el deudor:

1. Haya adquirido una deuda con el Tenedor de Póliza según se describe en la solicitud.
2. Sea menor de \_\_\_\_\_ años de edad.

**Parte II:** para ser elegible a los beneficios de incapacidad física, total y permanente es necesario que el deudor:

1. Cumpla con el requisito 1 de la Parte I de esta cláusula.
2. Sea menor de 55 años de edad.
3. Esté trabajando por lo menos 30 horas a la semana en empleo remunerado.
4. Estar en buen estado de salud a la fecha en que se le concede la línea de crédito. Entre otras razones y para los efectos de este seguro, usted no está en buen estado de salud, al momento de concedérsele la línea de crédito, si existen cualesquiera de las siguientes circunstancias:
  - a. Si usted padece de una condición que le impide desempeñar los deberes normales de su oficio o empleo, o;
  - b. Si usted está desempeñando los deberes normales de su oficio o empleo, y existe evidencia de que a la fecha del préstamo padecía de una condición que directa o indirectamente le causa la muerte dentro del término de doce (12) meses siguientes a partir de la fecha de la línea de crédito, o;
  - c. Si está gestionando, solicitando o recibiendo beneficios por incapacidad del Fondo del Seguro del Estado, Junta de Retiro para Maestros, Administración de Veteranos, Seguro Social, o cualquier otra agencia, instrumentalidad, corporación pública o privada.
  - d. Las amas de casa, desempleados o pensionados no son elegibles para este seguro.

**Este seguro no se extiende a los deudores mancomunados, solidarios o garantizadores.**

**INCAPACIDAD FISICA, TOTAL Y PERMANENTE:** Es una condición que surge de un accidente o enfermedad sufrido después de la fecha en que el deudor se acogió a este seguro. La incapacidad debe impedirle trabajar en cualquier empleo retribuido o realizar cualquier actividad que conlleve remuneración económica por el resto de su vida.

El diagnóstico clínico de esta enfermedad tiene que estar evidenciado por pruebas diagnósticas tales como: Rayos X, CT Scan, Laboratorios, etc. El deudor debe haberse sometido con su médico al tratamiento médico completo como lo establece el Manual de la "American Medical Association".

**EXCLUSIONES:** Suicidio dentro de los primeros dos (2) años de concedida la línea de crédito. No se cubre la incapacidad física, total y permanente:

1. Mientras se continúen recibiendo los ingresos o beneficios a base de los cuales el Tenedor de Póliza determinó la capacidad del deudor para pagar la línea de crédito.
2. Cuya continuidad sea el resultado de no someterse al tratamiento médico prescrito o una intervención quirúrgica recomendada.
3. Que sea resultado de todo tipo de neurosis o desórdenes siconeuróticos, desórdenes de personalidad, ansiedad, desórdenes sicosomáticos, psicosis, esquizofrenia, paranoia, depresión unipolar, depresión bipolar, dependencia del licor, adicción a drogas, retardación mental u otra condición o desorden mental, sea ésta o no causada o agravada por cualquier otra enfermedad, accidente o trauma.
4. Que surja de una acción u omisión autoinfligida o causada o agravada por uso de bebidas embriagantes prohibidas por ley.

**CANTIDAD MAXIMA DE CUBIERTA:** Será igual a la cantidad que resulte menor de las siguientes:

1. Balance de la cuenta del deudor asegurado al momento de la muerte.
2. Línea de crédito aprobada al deudor.
3. Cubierta máxima establecida en la solicitud de la póliza.

**TERMINACION DEL SEGURO:** Su seguro terminará al ocurrir cualquiera de los siguientes sucesos:

1. Terminación de la póliza.
2. Cancelación de línea de crédito.
3. Treinta y un días después del vencimiento del pago de cualquier prima al descubierto.
4. Al cumplir setenta (70) años de edad para la cubierta de vida.
5. Con respecto al beneficio adicional de Incapacidad Física Total y Permanente, si se extiende esta cubierta, al cumplir los sesenta (60) años de edad.

**CANCELACION DEL SEGURO:** Puede cancelar este seguro en cualquier momento, haciendo una solicitud escrita a través del Tenedor de Póliza. La inclusión del Certificado de Seguro, con su solicitud, es requisito para la cancelación. Tiene derecho a la devolución de la prima no devengada, siempre y cuando sea usted el que paga el seguro. De usted cancelar dentro de los primeros treinta (30) días a partir de la fecha del certificado, tiene derecho a que se le reembolse o acredite la totalidad de la prima pagada, si alguna.

**AVISO DE RECLAMACION Y PRUEBA DE PERDIDA:** Dentro de los próximos noventa (90) días desde el primer día que comience la pérdida se debe radicar en la Cooperativa de Seguros de Vida de Puerto Rico, COSVI, toda la información que requiere la Solicitud de Beneficio. El dejar de suministrar dicha prueba dentro del tiempo requerido no invalida la reclamación, si existe justa causa que imposibilitó someterla, siempre que tal prueba se suministre tan pronto como sea diligentemente posible más en ningún caso, más tarde de doce (12) meses, excepto en ausencia de capacidad legal, a partir de la fecha en que ocurrió la pérdida. Debe solicitar la Solicitud de Beneficios para reclamar, en su Cooperativa de Ahorro y Crédito.

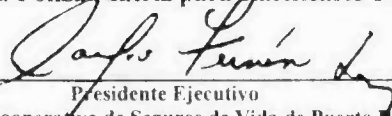
**TERMINO PARA RADICAR RECONSIDERACION:** El reclamante o asegurado podrá solicitar reconsideración de la decisión adversa. Dicha reconsideración debe radicarse con evidencia adicional debidamente fundamentada dentro de los primeros noventa (90) días de haberse emitido la decisión. En ningún caso se reconsidera una reclamación denegada por haber sido sometida después de transcurridos 24 meses a partir de la fecha en que ocurrió la pérdida.

**ACCION CIVIL:** No se entablará ninguna acción civil antes de haber transcurrido noventa (90) días de haberse sometido el Aviso de Reclamación y la Prueba de Pérdida. Tampoco se podrá entablar o iniciar acción legal luego de transcurridos dos (2) años a contar éstos desde que comience la pérdida.

**ACLARACIONES:** El deudor o sus herederos son responsables del pago de las mensualidades de la línea de crédito vencidas, mientras se tramita una reclamación bajo esta póliza, incluyendo cualquier trámite judicial.

Los oficiales, directores, o empleados de la cooperativa de ahorro y crédito no son agentes de la Cooperativa de Seguros de Vida de Puerto Rico, COSVI, y sus actuaciones u omisiones no obligan a la Cooperativa de Seguros.

Este certificado contiene un resumen de las disposiciones más importantes de la Póliza Matriz. Las cláusulas y condiciones de dicha póliza prevalecerán sobre las de este certificado. Si existe ambigüedad o laguna en el mismo, se recurrirá a la Póliza Matriz para clarificarlo o subsanarlo.

  
 Presidente Ejecutivo  
 Cooperativa de Seguros de Vida de Puerto Rico, COSVI

#### ACUSE DE RECIBO

Recibí hoy, día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_; el Certificado del Seguro Colectivo de Vida de Línea de Crédito emitido por la Cooperativa de Seguros de Vida de Puerto Rico, COSVI, el cual evidencia la cubierta del seguro para la línea de crédito que se me está otorgando, siempre y cuando cumpla con los requisitos aquí promulgados y establecidos en la Póliza Matriz y sus Endosos.

\_\_\_\_\_  
 Firma del Deudor

**COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO INTERMETRO**

PO Box 195346

San Juan, PR 00919-5346



**VERIFICACIÓN DE EMPLEO**

Nombre y Dirección del Patrono:	Nombre y Dirección del Solicitante:
---------------------------------	-------------------------------------

Número de Teléfono del Solicitante:	Número Seguro Social:
-------------------------------------	-----------------------

Para efectos de consideración de mi solicitud de crédito he declarado que trabajo, o trabajé con ustedes. Mi firma al margen les autoriza a proveer esta información.

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

**DATOS DEL PRESENTE EMPLEO**

Fecha de Empleo:	Posición Actual:	Probabilidad de continuidad de empleo:
Fecha de Contrato Actual:	Fecha de terminación del contrato:	Si aplica el tiempo extra o bono: <i>Tiempo Extra</i> <input type="checkbox"/> <i>Si</i> <input type="checkbox"/> <i>no</i> <input type="checkbox"/> <i>Bono</i> <input type="checkbox"/> <i>Si</i> <input type="checkbox"/> <i>No</i> <input type="checkbox"/>

**DATOS DEL SALARIO**

Mes y Año	Sueldo Bruto	Seguro Social Federal	Contribución sobre Ingresos	Plan Médico	Coop. A/C InterMetro	Seguro Funebre	Plan de Retiro	Pensión Alimentaria	Otros

**COMENTARIOS:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Persona que llena este formulario

\_\_\_\_\_  
Posición que ocupa

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha