

# COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO INTERMETRO

## SOLICITUD DE CREDITO



### **Aviso Importante:**

De acuerdo a las políticas de crédito establecidas en la Cooperativa Intermetro y a los requisitos de Ley y del regulador de cooperativas en Puerto Rico **COSSEC (Corporación para la Supervisión y Seguro de Cooperativas de Puerto Rico)** los siguientes documentos son necesarios para comenzar el trámite del crédito solicitado:

### **Socios o Solicitantes Principales:**

1. Copia de identificación con foto vigente.
2. Copia de los últimos dos (2) talonarios de pago.
3. Evidencia de su dirección física y postal (copia de recibo de agua, luz, teléfono o factura en la cual se refleje esta información).
4. Si el crédito solicitado es para financiar póliza de seguro de auto, deberá someter la cotización del asegurador.
5. En el caso de utilizar los ingresos del cónyuge, se requerirán los mismos documentos que al deudor principal.

### **Codeudores o deudores solidarios (si aplica)**

1. Copia de identificación con foto vigente.
2. Copia del últimos dos (2) talonarios de pago.
3. Evidencia de su dirección física y postal (copia de recibo de agua, luz, teléfono o factura en la cual se refleje esta información).
4. En caso de codeudores que no trabajen en la Universidad Interamericana de Puerto Rico deberá someter una verificación de empleo reciente, en original.

La Cooperativa no podrá tramitar solicitudes incompletas y que no tengan la documentación requerida. Todo préstamo solicitado estará sujeto a aprobación y evaluación del crédito del deudor principal y deudores solidarios (codeudores y cosolicitantes).

## SOLICITUD DE CREDITO

- Préstamo Regular  
 Préstamo Emergencia  
 Préstamo Seguro de Garantía

Préstamo Seguro Auto

Préstamo Colateral:

Acciones

Certificado

Ahorros

Préstamo Promocional \_\_\_\_\_

Estimado Socio: Favor de completar esta solicitud de crédito en letra de molde y de llenar todos los espacios según le aplique. En los espacios que no apliquen, escribir N/A. Importante, que firmen todas las personas que se evaluarán en esta solicitud.

### INFORMACION DEL SOLICITANTE Y CONYUGE (COSOLICITANTE)

CANTIDAD SOLICITADA \$	TERMINO (MESES)	PROPOSITO	NUM. SOCIO	Status Civil
NOMBRE SOLICITANTE		SEGURO SOCIAL - -	FECHA DE NACIMIENTO / /	
NOMBRE CONYUGE		SEGURO SOCIAL - -	FECHA DE NACIMIENTO / /	
DIRECCION RESIDENCIAL				
URB.	CALLE/ #CASA	CIUDAD	ZIPCODE 00	
DIRECCION POSTAL (LLENAR SI ES DIFERENTE A RESIDENCIAL)				
POBOX/HC/RR		CIUDAD	ZIPCODE 00	
EMPLEO DE SOLICITANTE RECINTO	OFICINA	POSICION	SALARIO MENSUAL \$	
TELEFONO EMPLEO/EXTENSION	SUPERVISOR INMEDIATO		TIEMPO EN EL EMPLEO	
EMPLEO DE CONYUGE / LUGAR	POSICION	SALARIO MENSUAL \$	TIEMPO EN EL EMPLEO	
TELEFONO EMPLEO /EXTENSION	SUPERVISOR INMEDIATO	DIRECCION		
PROPIEDADES: <input type="checkbox"/> CASA PROPIA <input type="checkbox"/> ALQUILADA		TENEDOR DE HIPOTECA / ARRENDATARIO	PAGO MENSUAL \$	
<input type="checkbox"/> VIVE CON FAMILIAR				
OTROS INGRESOS	FRECUENCIA <input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> QUINCENAL <input type="checkbox"/> MENSUAL	CONCEPTO	TIEMPO	
CANTIDAD \$				
CUENTAS DE DEPOSITOS, CORRIENTES	NOMBRE DE INSTITUCION		NUMERO DE CUENTA	
<input type="checkbox"/> CORRIENTE				
<input type="checkbox"/> AHORROS				
<input type="checkbox"/> SOCIO / COOPERATIVA				
INFORMACION DE PARIENTE MAS CERCANO QUE NO VIVA CON USTED				
NOMBRE	PARENTESCO	DIRECCION	TELEFONO	
DATOS IMPORTANTES DE IDENTIFICACION DE SOLICITANTE / CONYUGE				
NUMERO LICENCIA SOLICITANTE _____		LICENCIA CONYUGE _____		
NUMERO TARJETA ELECTORAL SOLICITANTE _____		TARJETA ELECTORAL CONYUGE _____		

Certifico (amos) que la información suministrada es correcta y que la Cooperativa de Ahorro y Crédito Intermetro retendrá esta solicitud, sea o no aprobada la misma. Autorizo (amos) a la Cooperativa Intermetro a verificar nuestro empleo, historial de crédito y cualquier otro dato relevante para el análisis de esta solicitud y a divulgar cualquier agencia de información de crédito la información de mi (nuestra) experiencia (s) de crédito con la Cooperativa.

FIRMA DE SOLICITANTE \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

FIRMA DE CONYUGE (COSOLICITANTE) \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

Estimado Garantizador (codeudor): Favor de completar esta solicitud de crédito en letra de molde. Favor de llenar todos los espacios según le aplique. Los espacios que no apliquen, escribir N/A. Importante, firmar todas las personas que se evaluarán en esta solicitud.

INFORMACION DEL GARANTIZADOR (CODEUDOR)

		NUMERO DE SOCIO	
NOMBRE GARANTIZADOR (CODEUDOR)	SEGURO SOCIAL - -	FECHA DE NACIMIENTO / /	
NOMBRE CONYUGE	SEGURO SOCIAL - -	FECHA DE NACIMIENTO / /	
DIRECCION RESIDENCIAL			
URB.	CALLE/ #CASA	CIUDAD	ZIPCODE 00
DIRECCION POSTAL (LLENAR SI ES DIFERENTE A RESIDENCIAL)			
POBOX/HC/RR		CIUDAD	ZIPCODE 00
EMPLEO DE GARANTIZADOR RECINTO	OFICINA	POSICION	SALARIO MENSUAL \$
TELEFONO EMPLEO/EXTENSION	SUPERVISOR INMEDIATO		TIEMPO EN EL EMPLEO
EMPLEO DE CONYUGE / LUGAR	POSICION	SALARIO MENSUAL \$	TIEMPO EN EL EMPLEO
TELEFONO/EXTENSION	SUPERVISOR INMEDIATO	DIRECCION	
PROPIEDADES : <input type="checkbox"/> CASA PROPIA <input type="checkbox"/> ALQUILADA <input type="checkbox"/> VIVE CON FAMILIAR		TENEDOR DE HIPOTECA / ARRENDATARIO	PAGO MENSUAL \$
OTROS INGRESOS	FRECUENCIA: <input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> QUINCENAL <input type="checkbox"/> MENSUAL	CONCEPTO	TIEMPO
CANTIDAD \$			
<input type="checkbox"/> CUENTAS DE DEPOSITOS, CORRIENTES	NOMBRE DE INSTITUCION	NUMERO DE CUENTA	
<input type="checkbox"/> CORRIENTE			
<input type="checkbox"/> AHORROS			
<input type="checkbox"/> SOCIO/COOPERATIVA			
INFORMACION DE PARIENTE MAS CERCANO QUE NO VIVA CON USTED			
NOMBRE	PARENTESCO	DIRECCION	TELEFONO
DATOS IMPORTANTES DE IDENTIFICACION DE SOLICITANTE / CONYUGE			
NUMERO LICENCIA GARATIZADOR		LICENCIA CONYUGE	
NUMERO TARJETA ELECTORAL GARANTIZADOR		TARJETA ELECTORA CONYUGE	

Certifico (amos) que la información suministrada es correcta y que la Cooperativa de Ahorro y Crédito Intermetro retendrá esta solicitud, sea o no aprobada la misma. Autorizo (amos) a la Cooperativa Intermetro a verificar nuestro empleo, historial de crédito y cualquier otro dato relevante para el análisis de esta solicitud y a divulgar cualquier agencia de información de crédito la información de mi (nuestra) experiencia (s) de crédito con la Cooperativa.

**Entiendo que como garantizador de esta deuda soy 100% responsable por el repago de la misma.** Del socio deudor incurrir en morosidad aceptaré pagar la cantidad adeudada y todos los costos que envuelvan el proceso del recobro del préstamo incluyendo costas y honorarios de abogados, cargos por demoras y otros.

FIRMA DE GARANTIZADOR

FECHA

FIRMA DE CONYUGE (COSOLICITANTE)

FECHA

Estimado Garantizador (codeudor): Favor de completar esta solicitud de crédito en letra de molde. Favor de llenar todos los espacios según le aplique. Los espacios que no apliquen, escribir N/A. Importante, firmar todas las personas que se evaluarán en esta solicitud.

INFORMACION DEL GARANTIZADOR (CODEUDOR)

		NUMERO DE SOCIO	
NOMBRE GARANTIZADOR (CODEUDOR)	SEGURO SOCIAL - -	FECHA DE NACIMIENTO / /	
NOMBRE CONYUGE	SEGURO SOCIAL - -	FECHA DE NACIMIENTO / /	
DIRECCION RESIDENCIAL			
URB.	CALLE/ #CASA	CIUDAD	ZIPCODE 00
DIRECCION POSTAL (LLENAR SI ES DIFERENTE A RESIDENCIAL)			
POBOX/HC/RR		CIUDAD	ZIPCODE 00
EMPLEO DE GARANTIZADOR RECINTO	OFICINA	POSICION	SALARIO MENSUAL \$
TELEFONO EMPLEO/EXTENSION	SUPERVISOR INMEDIATO		TIEMPO EN EL EMPLEO
EMPLEO DE CONYUGE / LUGAR	POSICION	SALARIO MENSUAL \$	TIEMPO EN EL EMPLEO
TELEFONO/EXTENSION	SUPERVISOR INMEDIATO	DIRECCION	
PROPIEDADES : <input type="checkbox"/> CASA PROPIA <input type="checkbox"/> ALQUILADA <input type="checkbox"/> VIVE CON FAMILIAR		TENEDOR DE HIPOTECA / ARRENDATARIO	PAGO MENSUAL \$
OTROS INGRESOS	FRECUENCIA: <input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> QUINCENAL <input type="checkbox"/> MENSUAL	CONCEPTO	TIEMPO
CANTIDAD \$			
CUENTAS DE DEPOSITOS, CORRIENTES	NOMBRE DE INSTITUCION	NUMERO DE CUENTA	
<input type="checkbox"/> CORRIENTE			
<input type="checkbox"/> AHORROS			
<input type="checkbox"/> SOCIO/COOPERATIVA			
INFORMACION DE PARIENTE MAS CERCANO QUE NO VIVA CON USTED			
NOMBRE	PARENTESCO	DIRECCION	TELEFONO
DATOS IMPORTANTES DE IDENTIFICACION DE SOLICITANTE / CONYUGE			
NUMERO LICENCIA GARANTIZADOR		LICENCIA CONYUGE	
NUMERO TARJETA ELECTORAL GARANTIZADOR		TARJETA ELECTORA CONYUGE	

Certifico (amos) que la información suministrada es correcta y que la Cooperativa de Ahorro y Crédito Intermetro retendrá esta solicitud, sea o no aprobada la misma. Autorizo (amos) a la Cooperativa Intermetro a verificar nuestro empleo, historial de crédito y cualquier otro dato relevante para el análisis de esta solicitud y a divulgar cualquier agencia de información de crédito la información de mi (nuestra) experiencia (s) de crédito con la Cooperativa.

Entiendo que como garantizador de esta deuda soy 100% responsable por el repago de la misma. Del socio deudor incurrir en morosidad aceptaré pagar la cantidad adeudada y todos los costos que envuelvan el proceso del recobro del préstamo incluyendo costas y honorarios de abogados, cargos por demoras y otros.

FIRMA DE GARANTIZADOR

FECHA

FIRMA DE CONYUGE (COSOLICITANTE)

FECHA



## COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO INTERMETRO

### AUTORIZACION PARA RECOGER CHEQUE

Yo, \_\_\_\_\_, número de socio: \_\_\_\_\_

del recinto \_\_\_\_\_ y departamento \_\_\_\_\_.

Autorizo a \_\_\_\_\_ a recoger cheque de:

- Retiro de ahorros     Xmas Club     Mayo Club
- Retiro de Línea Crédito
- Préstamo Regular     Préstamo Regular – Seg. Garantía
- Préstamo Especial     Préstamo Emergencia
- Cierre de cuentas     Balance pendiente de cierre ctasy.
- Otros: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de socio (a)

\_\_\_\_\_  
Fecha

**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> ___ <i>Si</i> ___ <i>no</i> ___ <i>Bono</i> ___ <i>Si</i> ___ <i>No</i> ___

**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

**CERTIFICADO  
POLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE VIDA DE CREDITO  
CON BENEFICIO ADICIONAL POR INCAPACIDAD FISICA TOTAL Y PERMANENTE**

Cooperativa de Ahorro y Crédito: (Tenedor de Póliza)					Póliza:				
Nombre Deudor:			Número Seguro Social		Fecha de Nacimiento		Máximo de Cubierta		
					mes / día / año		\$		
Cantidad Préstamo	Num. Préstamo	Fecha Préstamo		Fecha Terminación		Prima Pagada	Fecha de Efectividad del Seguro		
\$		mes / día / año	mes / día / año	\$	mes / día / año				

La Cooperativa de Seguros de Vida de Puerto Rico, COSVI, certifica que usted está asegurado bajo la póliza indicada en la tabla de información que antecede, sujeto a sus disposiciones y endosos.

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 a la Cooperativa de Ahorro y Crédito.

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 cumpla los setenta y cinco (75) años de edad, aún cuando el término del préstamo asegurado 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.

**REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD**

Los requisitos de elegibilidad con los que hay que cumplir para estar asegurado al concedérsele el préstamo, sea éste un préstamo nuevo o una renovación, son los siguientes:

**I. Cubierta de Vida**

1. Haber tomado dinero a préstamo en la Cooperativa de Ahorro y Crédito.
2. No ser mayor de 74 años de edad.
3. Estar en buen estado de salud a la fecha en que solicita el seguro.

Se entenderá que usted no está en buenas condiciones de salud si muere dentro de los doce (12) meses posteriores a la fecha de efectividad de su cubierta de seguro; y existe evidencia de que recibió tratamiento o consulta médica durante los doce (12) meses que anteceden a la fecha de efectividad de su seguro por la condición que directa o indirectamente le causa la muerte.

Se cubrirán las personas que estén incapacitadas física y **parcialmente**, siempre y cuando estén trabajando por lo menos 30 horas semanales. El ingreso y la identificación del trabajo deben estar especificados en la solicitud del préstamo.

**II. Cubierta de Incapacidad Física, Total y Permanente**

Si la cubierta de Incapacidad Física, Total y Permanente le ha sido extendida, usted debe cumplir con los siguientes requisitos de esta cubierta:

1. Estar en buen estado de salud a la fecha en que se le concede el préstamo sea éste un préstamo nuevo o una renovación. Entre otras razones y para los efectos de esta cubierta, usted no está en buen estado de salud, al momento de concedérsele el préstamo, 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 está gestionando, solicitando o recibiendo beneficios por incapacidad de la Corporación del Fondo del Seguro del Estado, Junta de Retiro para Maestros, Administración de Veteranos, Administración del Seguro Social o cualquier otra entidad pública o privada, estatal o federal; o
  - c. Si se incapacita dentro de los doce (12) meses siguientes al otorgamiento del préstamo, y existe evidencia de que recibió tratamiento o consulta médica con anterioridad al préstamo por la condición que le causa la incapacidad.
2. Ser menor de cincuenta y cinco (55) años de edad.
3. Estar realizando física y sustancialmente todas las funciones de su oficio o empleo a la fecha en que se le concede el préstamo.
4. No haber dado lugar a una reclamación por incapacidad.
5. No son elegibles las amas de casa, desempleados o pensionados por edad, años de servicio o incapacidad. Si usted está retirado por edad o años de servicio, cualifica para esta cubierta si está trabajando y para otorgarle el préstamo, el ingreso del trabajo que desempeña fue considerado para determinar su capacidad de pago; siempre y cuando este ingreso sea igual o mayor al monto de su pensión.
6. Estar cubierto bajo la Póliza de Seguro de Vida de Crédito a la cual se adhiere este Endoso.

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

**DEFINICION INCAPACIDAD FISICA, TOTAL Y PERMANENTE**

Es la incapacidad que surge de un accidente o enfermedad sufrido con posterioridad al otorgamiento del préstamo cubierto. La incapacidad debe ser de tal magnitud que impida al deudor asegurado trabajar en cualquier empleo retribuido o realizar cualquier actividad que conlleve remuneración económica por el resto de su vida. Además, el diagnóstico clínico de esta incapacidad debe estar evidenciado por pruebas diagnósticas objetivas, tales como, pero no limitadas a Rayos X, CT Scan, M.R.I., Laboratorios, Mielogramas, E.M.G., etc. El asegurado debe haberse sometido con su médico al tratamiento médico completo para su condición como lo establece el Manual de la "American Medical Association".

Se considera además como incapacidad física total y permanente la pérdida total e irrecuperable de la visión por ambos ojos, la audición por ambos oídos, la pérdida del uso de ambas manos o ambas piernas o de una mano y una pierna.

**EVIDENCIA DE ASEGURABILIDAD**

Es requisito indispensable que todos los prestatarios con préstamos personales asegurados, cuya suma de los balances exceden de \$50,000 sometan evidencia de asegurabilidad en el momento que solicitan el préstamo cuya cantidad hará que se exceda la referida cuantía.

Será necesario además, que se someta evidencia de asegurabilidad siempre que soliciten préstamos adicionales si ha transcurrido más de un año desde la última vez que se sometió evidencia de asegurabilidad, y la suma del principal del último préstamo que solicita sumado a los balances de los préstamos que tienen en vigor excede de \$50,000.

La responsabilidad de La Cooperativa de Seguros de Vida, COSVI, en los casos en que el deudor no cumpla con los Requisitos de Elegibilidad o que por otras razones era inasegurable, o cuya cubierta haya terminado, se limita a reembolsar la prima pagada o la prima no-devengada.

**EXCLUSIONES**

-2-

1. Suicidio dentro de los dos (2) primeros años de concedido el préstamo.
2. No se cubre la Incapacidad Física Total y Permanente:
  - a. Mientras usted continúe recibiendo los ingresos o beneficios a base de los cuales la Cooperativa de Ahorro y Crédito determinó su capacidad para pagar el préstamo.
  - b. Cuya continuidad sea el resultado de no someterse al tratamiento médico prescrito o a una intervención quirúrgica recomendada por su médico.
  - c. 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.
  - d. Como resultado de una acción u omisión autoinfligida o causada o agravada por uso de bebidas embriagantes o drogas prohibidas por ley.

**CANTIDAD MAXIMA DE SEGURO**

Es el balance del principal adeudado siempre que no exceda el máximo de cubierta. Los beneficios que provee la póliza se pagan a la Cooperativa de Ahorro y Crédito, quien procederá a reducir o liquidar la deuda no saldada del deudor elegible y asegurado.

**TERMINACION DEL SEGURO**

Su seguro terminará al ocurrir cualquiera de los siguientes sucesos:

1. Terminación de la póliza.
2. Liquidación, renovación, refinanciamiento, pago de la deuda a la Cooperativa de Ahorro y Crédito.
3. La transferencia de la deuda a otro deudor.
4. Préstamos delincuentes cubiertos por una Póliza de Garantía de Préstamos.
5. Al cumplir el deudor los setenta y cinco (75) años de edad para la Cubierta de Vida.
6. Con respecto al beneficio adicional por Incapacidad Física Total y Permanente, si se extiende esta cubierta, al cumplir usted los sesenta (60) años de edad.
7. Al vencimiento del término del pagaré original.

**INCONTESTABILIDAD**

La validez de su seguro no será impugnada excepto por falta de pago de primas, después de haber transcurrido dos años a partir de la fecha de efectividad del seguro indicada en la primera página de este certificado.

**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 del seguro. Tiene derecho a la devolución de la prima no devengada, siempre y cuando sea usted el que pague el seguro. De usted cancelar dentro de los primeros treinta (30) días a partir de la fecha de este certificado, tiene derecho a que se le reembolse o se le acredite la totalidad de la prima pagada, si alguna.

**AVISO DE RECLAMACION Y PRUEBA DE PERDIDA**

Se debe radicar en la Cooperativa de Seguros de Vida de Puerto Rico, COSVI, toda la información que requiere la Solicitud de Beneficios dentro de los primeros noventa (90) días desde el primer día que comience la pérdida. El no suministrar dicha prueba dentro del tiempo requerido, no invalida la reclamación si existe justa causa para no haber sometido la misma; siempre y cuando la prueba se suministre tan pronto como sea diligentemente posible. En ningún caso se considerará una reclamación que se someta después de transcurridos veinticuatro (24) meses, a partir de la fecha en que ocurrió la pérdida, excepto en ausencia de capacidad legal. La Solicitud de Beneficios debe solicitarse en su Cooperativa de Ahorro y Crédito.

**TERMINO PARA RADICAR RECONSIDERACION**

La reconsideración de una decisión adversa debe radicarse, con evidencia adicional, dentro de los primeros noventa (90) días de haberse emitido la decisión. **En ningún caso se reconsiderará una reclamación denegada por haber sido sometida después de haber transcurrido veinticuatro (24) meses a partir de la fecha de 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 una acción legal luego de transcurridos dos (2) años; **a contar éstos desde que comience la pérdida.**

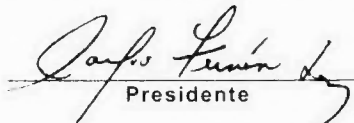
**ACLARACIONES**

Usted o sus herederos son responsables del pago de las mensualidades del préstamo mientras se tramita una reclamación o se lleva a efecto 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 de Vida de Puerto Rico, COSVI.

Este certificado es un resumen de algunas de las disposiciones que contiene la póliza y sus endosos. Las disposiciones de dichos documentos prevalecerán sobre las de este certificado. Si existe ambigüedad o laguna en el mismo, se recurrirá a los mismos para clarificarla o subsanarla.

En testimonio de lo cual, el Presidente de la Cooperativa de Seguros de Vida de Puerto Rico, COSVI, ha estampado su firma en su Oficina Principal en San Juan, Puerto Rico.

  
Presidente

**ACUSE DE RECIBO**

Recibi hoy, día \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_; el Certificado del Seguro Colectivo de Vida de Crédito emitido por la Cooperativa de Seguros de Vida de Puerto Rico, COSVI, el cual evidencia la cubierta del seguro para el préstamo 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

\_\_\_\_\_  
Firma del Codeudor



# COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO INTERMETRO

## PAGARÉ

Cuenta Número	Término de Pago <input type="checkbox"/> Quincenales <input type="checkbox"/> Mensuales		Fecha Efectividad
Cantidad Adeudada \$	\$		Fecha Primer Pago
Tasa de Interés Anual %	\$		Fecha Ultimo Pago

Por el valor recibido, específicamente un préstamo de dinero, el (los) suscriptor (s) se obliga (n) a pagar a la **COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO INTERMETRO**, o a su orden, la cantidad adeudada en moneda del curso legal de los Estados Unidos de América, con los intereses establecidos, desde la fecha de otorgamiento sobre el saldo no pagado de esta obligación. Dicho principal e intereses serán pagaderos directamente a la **COOPERATIVA INTERMETRO** o en cualquier otro sitio que el tenedor designe, en los plazos acordados, hasta el pago total del principal e intereses representado por este Pagaré.

De incumplirse con cualesquiera de los pagos a los que aquí nos obligamos; si el deudor principal se tornase insolvente conómicamente, (Disponiéndose que sería el tenedor de este instrumento quien determinaría la existencia de tal condición económica) si radicase una petición acogiéndose a cualesquiera de los Capítulos de la Ley de Quiebra (11 U.S.C.); si el deudor principal alterase su situación económica de aquella que presenta por vía de la **SOLICITUD DE CREDITO** en detrimento del tenedor, (Disponiéndose que sería el tenedor de este instrumento quien determinaría la existencia de tal alteración de la condición económica). Si un depositario, custodio, síndico o cualquier otra entidad se incautase de los bienes del deudor principal, todos los plazos vencerán de inmediato y serán exigibles, a opción del tenedor de este instrumento, sin necesidades de aviso de los aquí suscribientes.

De solicitar el tenedor, la aceleración del vencimiento de este instrumento, por el advenimiento de cualesquiera de las razones anteriormente expuestas, todos los aquí firmantes nos obligamos a pagar el principal, los intereses vencidos a la fecha en que el tenedor opte por acelerar el vencimiento de esta obligación. En caso de reclamación judicial de esta obligación, y aun cuando tales procedimientos se sigan en rebeldía, nos obligamos a pagar al tenedor un crédito líquido, no sujeto a determinación judicial equivalente a un 30% de la suma principal de este pagaré para el pago de las costas, gastos y honorario de abogados en que pueda incumplir el tenedor. En el caso de que el tenedor de este instrumento tenga que valerse de servicios profesionales para solicitar el levantamiento, modificación de la paralización que crea la radicación de una petición en la Corte de Quiebra, del deudor principal (362 U.S.C.), o la utilización de cualquier otro recurso incoado por tales profesionales con el fin de hacer efectiva nuestra obligación, nos obligamos solidariamente a pagarle al tenedor de este instrumento el valor de dichos servicios. Todo pago enunciado en este escrito a los cuales nos obligamos serán pagaderos en moneda legal de los Estados Unidos de América en el domicilio del tenedor de este instrumento.

**La colateral o garantía brindada por los suscribientes es la siguiente:**

Acciones     Ahorros     Fianza de Garantía     Certificado de Depósito Número \_\_\_\_\_  
 Codeudores     Otra: \_\_\_\_\_

Los suscribientes por la presente asignamos, cedemos, traspasamos, pignoramos a favor del tenedor de este instrumento, todo derecho e interés que tengamos sobre la propiedad dada en colateral, disponiéndose, que el tenedor mantendrá todo derecho e interés sobre dicha propiedad mientras haya algún balance pendiente de pago, según el criterio del tenedor. Los suscribientes nos obligamos a sumantar la colateral y garantía, en el caso de que el tenedor así lo optare y todo producto que sea generado por dicha colateral y garantía redundará únicamente en beneficio del tenedor, irrespectivamente que cualesquiera de los suscribientes radicase una petición, acogiéndose a cualesquiera de los Capítulos de la Ley de Quiebra. Disponiéndose que cuando en este instrumento se hable de una petición a la Ley de Quiebra se entenderá a los mismos efectos, si la misma fuera radicada voluntariamente por nosotros, como si fuésemos llevados involuntariamente. Los suscribientes nos obligamos en el caso de que voluntariamente nos acogiésemos a la ley de quiebra (11U.S.C.) a no permitir que los bienes dados en garantía y colateral al tenedor, sean posteriormente gravados con un gravamen preferente, y expresamente nos comprometemos a brindarle a l tenedor protección adecuada sobre el valor que la colateral garantiza.

Autorizamos a la Cooperativa de Ahorro y Crédito Intermetro para que cuabno así lo determine, luego de ser inducido por la advenencia de cualesquiera de las razones en este instrumento expuestas y/o cualquier otra que según el criterio de la Cooperativa la sitúe en peligro de hacer efectiva nuestra obligación, a reducir lo aecuado por concepto de esta obligaci n o saldar su importe, compensando lo que la Cooperativa por concepto de depósitos, o por cualesquiera otro concepto y tena cualesquiera de los aquí suscribientes. El ejercicio de este derecho por la Cooperativa no constituirá una novación de esta obligación ni alterar los derechos y obligaciones aquí enmarcados (Disponiéndose que el ejercicio del derecho de compensación podrá ser tomado por la Cooperativa en cualquier momento que esta así entienda según el criterio antes expuesto). Nos obligamos a no permitir que el derecho a compensar de la Cooperativa sea mermado, atacado, neutralizado o eliminado. (Disponiéndose que en el caso de que voluntaria o involuntariamente nos acogiésemos a la Ley de Quiebra, nuestra obligación continuará y la Cooperativa podrá ejercer su derecho a compensación contra aquellas obligaciones que se generen entre esta y los suscribientes con posterioridad a la radicación de la petición en la Corte de Quiebra). Expresamente nos comprometemos, ya sea en el caso de que voluntariamente o involuntariamente nos acogiésemos a cualesquiera de los capítulos de la Ley de Quiebras o permanezcamos amparados por el derecho estatal, a reconocer nuestra obligación como una debidamente garantizada, líquida y exigible y sin contingencia.

En el caso de cualquier pago efectuado al tenedor de este instrumento, sea considerado una preferencia, según lo dispuesto en la Ley de Quiebras (11 U.S.C), los infrascritos nos obligamos a solidariamente pagarle a tenedor la suma anulada por tal concepto más todo gastos incurrido por el tenedor con protección de sus intereses.

En el caso de cualesquiera de los suscribientes esté amparado voluntaria o involuntariamente bajo las disposiciones de la Ley de Quiebra, estaremos obligados frente al tenedor al cumplimiento estrictamente acordado por vía de este instrumento y/o cualquier otro que lo complemente. (Disponiéndose, que en el plan de pagos no podrá alterar, modificar, rescindir, sustituir, los términos para cumplir con esta obligación por otros que no sea nos expuestos en este instrumento). En el caos de que incumplamos con esta, como cn cualquier otra de las obligaciones aquí enmarcadas, nos obligamos a solidariamente resarcir al tenedor por dicho incumplimiento la suma de daños y perjuicios que a juicio del tenedor sea reparadora de su derecho.

Los suscribientes hacemos constar que la información contenida en la Solicitud de Crédito que motivó esta obligación está correcta en todas sus partes y que representan fielmente nuestra condición económica. Reconocemos que dicha información conjuntamente con las garantías brindadas es lo que motivo a la Cooperativa a aprobar el préstamo que generó estas obligaciones. Renunciamos la invocación de cualquier derecho que obstruya cualquier investigación tomada por el tenedor en miras de averiguar si la información que vertimos en la Solicitud de Crédito es cierta o no. (Disponiéndose que lo anterior ha de aplicar ya sea durante la pendencia o no de un procedimiento judicial estatal o federal).

Nos obligamos a que el tenedor en cualquier momento que lo estime prudentemente, nos exija un estado financiero debidamente autenticado a cada uno de los suscribientes, y de así entenderlo pruedente pro visualizar, presentir, algún cambio, deterioro en nuestro cuadro económico, podrá utilizar los servicios de profesionales para que procedan a auditarnos y/o preparar un estado financiero de cada uno de nosotros. (Disponiéndose que todo gasto que por tal concepto incurra el tenedor será por cuenta de nosotros tal y como se hubiese efectuado tal servicio a instancias nuestras.





Imagínate si no nos tuvieras.

**CERTIFICADO INDIVIDUAL DE GARANTIA DE PRESTAMOS  
BAJO LA FIANZA DE GARANTIA DE PRESTAMOS  
PARA COOPERATIVAS DE AHORRO Y CREDITO**

P.O. BOX 363846  
SAN JUAN,  
P.R. 00936-3846  
TEL. (787) 758-8585

S	NOMBRE
O	NUM. SEG. SOCIAL
C	NUM. DE SOCIO
I	
O	

CERTIFICADO NUM.
PRESTAMO NUM.
FIANZA DE GARANTIA DE PRESTAMOS NUM.

**CERTIFICADO DE CUBIERTA:** POR LA PRESENTE CERTIFICO QUE EL PAGO DEL PRESTAMO (NUMERO ARRIBA INDICADO) OTORGADO A USTED POR

SU COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO INTERMETRO, ESTA GARANTIZADO POR LA FIANZA DE GARANTIA DE PRESTAMOS (NUMERO ARRIBA INDICADO), EXPEDIDA A DICHA COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO.

**NATURALEZA DE LA GARANTIA:** BAJO LOS TERMINOS DE LA REFERIDA FIANZA DE GARANTIA DE PRESTAMOS, LA COOPERATIVA DE SEGUROS MULTIPLES LE GARANTIZA A LA COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO QUE USTED ES UN BUEN RIESGO DE CREDITO Y SE COMPROMETE A PAGARLE A DICHA COOPERATIVA EL BALANCE INSOLUTO DE SU PRESTAMO SI USTED NO CUMPLIERA CON EL PAGO DE SU OBLIGACION. BAJO LOS TERMINOS DE LA FIANZA, USTED ES EL PRINCIPAL, O SEA, LA PERSONA GARANTIZADA Y SU COOPERATIVA ES LA BENEFICIARIA.

**CONSIDERACIONES PARA LA GARANTIA:** ESTA GARANTIA SE OFRECE EN CONSIDERACION DE:

- (1) - EL PAGO POR USTED A LA COOPERATIVA DE SEGUROS MULTIPLES, POR CONDUCTO DE SU COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO, DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE, SEGUN LOS TIPOS APROBADOS POR LA OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS DE PUERTO RICO.
- (2) - LAS DECLARACIONES E INFORMACION SUMINISTRADAS POR USTED, SU CONYUGE (SI LO HUBIERE) Y/O SU CO-DEUDOR (SI LO HUBIERE) EN EL FORMULARIO CONOCIDO COMO SOLICITUD INDIVIDUAL DE PRESTAMOS Y DE GARANTIA BAJO LA FIANZA DE GARANTIA DE PRESTAMOS.
- (3) - LA AUTORIZACION SUYA, DE SU CONYUGE (SI LO HUBIERE) Y DE SU CO-DEUDOR (SI LO HUBIERE), CONTENIDA EN EL FORMULARIO DE SOLICITUD INDIVIDUAL DE PRESTAMOS Y DE GARANTIA BAJO LA FIANZA DE GARANTIA DE PRESTAMOS, PARA QUE EN CASO DE QUE USTED NO CUMPLA CON EL PAGO DE SU PRESTAMO GARANTIZADO Y LA COOPERATIVA DE SEGUROS MULTIPLES SE VEA EN LA OBLIGACION DE PAGAR EL BALANCE INSOLUTO DEL MISMO, ESTA PUEDA:
  - (a) - NOTIFICAR A UNA AGENCIA DE CREDITO (CREDIT BUREAU) DE SU INCUMPLIMIENTO (SI LO HUBIERE).
  - (b) - CONFISCAR TODOS SUS HABERES, ASI COMO LOS DE SU CONYUGE (SI LO HUBIERE), Y/O CO-DEUDOR (SI LO HUBIERE), EN SU COOPERATIVA, A EXCEPCION DE AQUELLOS QUE, DENTRO DE LAS REGLAS ESTABLECIDAS POR LA FIANZA, SE ESTEN UTILIZANDO COMO COLATERAL PARA PRESTAMOS NO GARANTIZADOS POR LA FIANZA.

**RESPONSABILIDAD ULTIMA DEL SOCIO:**

BAJO LOS TERMINOS DE LA FIANZA DE GARANTIA DE PRESTAMOS USTED, SU CONYUGE (SI LO HUBIERE) Y SU CO-DEUDOR (SI LO HUBIERE), SERAN SIEMPRE RESPONSABLES DE LA OBLIGACION CONTRAIDA CON LA COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO. SI SU COOPERATIVA DECLARARA SU PRESTAMO INCOBRABLE, LA COOPERATIVA DE SEGUROS MULTIPLES PROCEDERA COMO SIGUE:

- (1) - PAGARA A SU COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO EL BALANCE ENSOLUTO DE SU PRESTAMO.
- (2) - NOTIFICARA O HARA QUE LA COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO NOTIFIQUE, DEL ACTO DE INCUMPLIMIENTO SUYO, DE SU CONYUGE (SI LO HUBIERE) Y DE SU CO-DEUDOR (SI LO HUBIERE), A UNA AGENCIA INDEPENDIENTE DE CREDITO (CREDIT BUREAU) SELECCIONADA POR LA COOPERATIVA DE SEGUROS MULTIPLES.
- (3) - SE SUBROGARA EN LOS DERECHOS DE LA COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO CONTRA USTED, SU CONYUGE (SI LO HUBIERE) Y SU CO-DEUDOR (SI LO HUBIERE) Y PROCEDERA AL COBRO DE LA OBLIGACION CONTRAIDA POR USTED, SU CONYUGE Y/O CO-DEUDOR POR TODOS LOS MEDIOS DISPONIBLES, INCLUYENDO LA VIA LEGAL.

**REEMBOLSO DE PRIMAS NO DEVENGADAS:**

SI SU PRESTAMO FUERA SALDADO O RENOVADO ANTES DE QUE SU BALANCE SE REDUZCA A UNA SUMA IGUAL AL TOTAL DE ACCIONES Y DEPOSITOS QUE LE SIRVEN DE COLATERAL, USTED TENDRA DERECHO A QUE SE LE REEMBOLSE O ACREDITE HACIA EL PAGO DE LA PRIMA PARA UN NUEVO PRESTAMO. LA PARTE NO DEVENGADA DE LA PRIMA PAGADA POR USTED EN EXCESO DE LA PRIMA MINIMA POR PRESTAMO INDIVIDUAL. EL REEMBOLSO SE HARA A BASE DE TABLAS DE REEMBOLSO DE PRIMAS NO DEVENGADAS APROBADAS COMO PARTE DE LA ESTRUCTURA TARIFARIA DE LA FIANZA POR LA OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS DE PUERTO RICO.

**PRIMAS DEVENGADAS:**

SI SU PRESTAMO ES DECLARADO INCOBRABLE, O SI EL BALANCE DE SU PRESTAMO SE REDUCE A UNA SUMA IGUAL O MENOR QUE LAS ACCIONES Y DEPOSITOS DADOS POR USTED EN COLATERAL. LA PRIMA PAGADA POR USTED QUEDARA TOTALMENTE DEVENGADA Y NO TENDRA DERECHO A REEMBOLSO ALGUNO.

**DEDUCIBLE:** LA FIANZA ESTABLECE UN DEDUCIBLE DE CINCO POR CIENTO ( 5 %) DEL BALANCE INSOLUTO DEL PRESTAMO INCOBRABLE, SUJETO A UN MINIMO DE CIENTO DOLARES (\$100.00) Y A UN MAXIMO DE QUINIENTOS DOLARES (\$500.00). DICHO DEDUCIBLE NO ESTA GARANTIZADO POR LA FIANZA Y SU COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO TENDRA DERECHO A COBRARLE EL MISMO. UNA VEZ USTED HAYA RESARCIDO TOTALMENTE A LA COOPERATIVA DE SEGUROS MULTIPLES POR SU PERDIDA.

**REEMBOLSO A BASE DE EXPERIENCIA:** LA FIANZA DE GARANTIA DE PRESTAMOS PROVEE PARA EL REEMBOLSO DE PRIMAS A SU COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO A BASE DE BUENA EXPERIENCIA. DICHA FIANZA LE REQUIERE A SU COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO QUE VELE PORQUE DICHO REEMBOLSO REVIERTA, EN FORMA DIRECTA O INDIRECTA, A LOS SOCIOS GARANTIZADOS QUE CONTRIBUYAN A ESA BUENA EXPERIENCIA.

**FECHA DE EFECTIVIDAD:** ESTA CUBIERTA ES EFECTIVA EN LA FECHA DEL CHEQUE EXPEDIDO POR SU COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO AL OTORGAR EL PRESTAMO, SUJETO A QUE EXPIDA ESTE CERTIFICADO, EL CUAL DEBE TENER LA MISMA FECHA DEL CHEQUE.

**TERMINO DE LA CUBIERTA:** LA CUBIERTA DE LA FIANZA TERMINARA CON RESPECTO A SU PRESTAMO, CUANDO ESTE SEA SALDADO O RENOVADO, O CUANDO SU BALANCE SE REDUZCA A UNA SUMA IGUAL AL TOTAL DE ACCIONES Y DEPOSITOS QUE LE SIRVEN DE COLATERAL, O CUANDO SEA DECLARADO PRESTAMO INCOBRABLE POR SU COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO.

**FIANZA MATRIZ:** ESTA CUBIERTA SE RIGE POR LAS DISPOSICIONES DE LA FIANZA DE GARANTIA DE PRESTAMOS EXPEDIDA A SU COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO. DICHA FIANZA PUEDE SER EXAMINADA POR USTED EN LAS OFICINAS DE SU COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO O EN LA COOPERATIVA DE SEGUROS MULTIPLES.

RECIBIDO POR: X

FIRMA AUTORIZADA

# 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**

**DECLARACION DEL COSTO DEL CREDITO AL CONSUMIDOR**  
(FORMA PARA COOPERATIVAS DE AHORRO Y CREDITO)

Nombre y Dirección de la Cooperativa de Ahorro y Crédito

**INTERMETRO**  
PO BOX 363255, SAN JUAN, PR 00936-3255

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Socio (No Socio) \_\_\_\_\_

Cuenta No. \_\_\_\_\_

Pagare \_\_\_\_\_

**NOTA:** Marque los encasillados si aplican.

TASA DE PORCIENTO ANUAL El costo de mi crédito en base a un año.	CARGOS POR FINANCIAMIENTO La cantidad en dólares que me costará el crédito	CANTIDAD FINANCIADA La cantidad del préstamo que se me otorga.	TOTAL DE LOS PAGOS La cantidad pagada después de realizar todos los pagos.
o/o	\$	\$	\$

**Plan de Pagos:**

Número de Pagos	Cantidad de los Pagos	Fecha de Vencimiento de los Pagos
1	\$	

De marcarse este encasillado el préstamo es pagadero a la demanda.

Los Seguros de Muerte e Incapacidad y Garantías no son (es) requisitos para obtener préstamos a menos que usted este de acuerdo y firme.

Deseo asegurar el pago del préstamo con el Seguro de Incapacidad y Muerte.

Deseo asegurar el pago del préstamo con un Seguro de Garantías.

**Seguro de Propiedad:** Yo puedo obtener seguro de propiedad de cualquiera que sea aceptable a la Cooperativa.

**Garantías y Colaterales:** Si obtengo el seguro de la Cooperativa yo pagaría \$ \_\_\_\_\_

Estoy dando como colaterales mis  Acciones y/o  Depósitos y/o  Certificados en la Cooperativa.

Los bienes o propiedad comprada.

\_\_\_\_\_ ; \_\_\_\_\_

Colaterales que aseguran otros préstamos con la Cooperativa también aseguran este préstamo.

Gastos de Cierre \$ \_\_\_\_\_ Primas de Seguros \$ \_\_\_\_\_

Seguros no Requeridos \$ \_\_\_\_\_

**Cargos por Atrasos:** Por cada pago que esté en morosidad, usted pagará un cargo que no excederá de 4.00 o/o del importe del pago vencido.

**Prepagos:** Si pago por adelantado, no estare sujeto a penalidades.

**Depósitos Requeridos:** La tasa de interes anual no toma en consideración los depósitos requeridos.

**Presunciones:** Alguien comprando mi casa  puede, sujeto a las condiciones, permitirse asumir el remanente de la hipoteca en los términos originales.  no puede

Para información adicional respecto a falta de pago, violación de contrato, derecho de aceleración del vencimiento de la obligación, reembolso por pago anticipado y penalidades, véase el pagaré y los documentos relacionados con el préstamo.

**DETALLE DE LA CANTIDAD FINANCIADA**

Detalle de la cantidad financiada de	Cantidad Recibida	Cantidad aplicada a préstamo anterior	Cargos prepagados por financiamiento	Intereses cobrados préstamo anterior
\$	\$	\$	\$	\$
Cantidad pagada a otros por mi cuenta:		\$	\$	\$
Seguro		\$	\$	\$
\$	Concepto:	Concepto:	Concepto:	Concepto:

Certifico que he recibido una copia fiel y exacta de esta declaración del Costo al Consumidor.

**X** \_\_\_\_\_  
Firma

**X** \_\_\_\_\_  
Fecha

**GUIA PARA REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD  
SOCIOS QUE SOLICITEN SEGURO POLIZA PP-PLUS**

**A. CUBIERTA VIDA:**

1. ¿Es usted mayor de 74 años de edad?

SI  NO

2. Tiene adjudicado algún % de incapacidad o recibe ingresos de alguna entidad pública o privada estatal o federal que le impida trabajar?

SI  NO

3. ¿Si está parcialmente incapacitado, trabaja menos de 30 horas a la semana?

SI  NO

**B. CUBIERTA INCAPACIDAD FISICA TOTAL Y PERMANENTE**

1. ¿Tiene usted 55 años de edad o más?

SI  NO

2. ¿Es incapacitado?

SI  NO

3. ¿Ha solicitado beneficios por incapacidad de alguna entidad pública o privada, estatal o federal?

SI  NO

4. ¿Es ama de casa?

SI  NO

5. ¿Es desempleado?

SI  NO

6. ¿Es pensionado por edad, años de servicio o incapacidad?

SI  NO

**TIPO DE SEGURO QUE CUALIFICA**

VIDA & INCAPACIDAD INDIVIDUAL - SGC-PP-PLUS (VIFTP) 11/01

VIDA INDIVIDUAL - SGC-PP-PLUS 11/01

\_\_\_\_\_  
Firma del Funcionario de la Cooperativa

\_\_\_\_\_  
Firma del Socio

Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_