



## INSTRUCCIONES PARA PRÉSTAMOS

**Favor de llenar solamente las partes marcadas y entregar los siguientes documentos con su solicitud de préstamo. Aplica a Socio y/o Codeudores.**

- **Talones**

Copia de último talonario de pago. Si es jubilado deberá entregar un talonario, certificación de Retiro que incluya los descuentos, último estado de cuenta del Banco donde le depositan la pensión.

Socios que su préstamo sea por Servicio de Fianza deberán entregar copia de los últimos dos (2) talonarios de pago.

- **Identificación**

Copia de licencia de conducir, Pasaporte o Identificación de Obras Públicas debe estar vigente.

- **Evidencia de dirección**

Copia de recibo de luz, agua, teléfono, celular, cable TV o estado de cuenta que tenga su nombre y dirección física y postal **RECIENTE**.

### FAVOR NO ESCRIBIR FECHA EN NINGUN DOCUMENTO

#### Préstamo Escolar:

Certificación Escolar, Notas, Etc.

Evidencia Relación Familiar (Nietos y Sobrinos)

Certificación Plan Médico o Copia Electrónica de Planilla (Hijastros)

#### Préstamo de Viaje

Certificación Agencia Viajes

Evidencia Relación Familiar (Padres, Hijos, Hermanos o Sobrinos)

**COSSEC**  
CORPORACIÓN PÚBLICA PARA LA SUPERVISIÓN  
Y SEGURO DE COOPERATIVAS DEL PUERTO RICO  
ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO  
Acciones COSSEC. a \$250,000 por  
El gobierno federal no asegura esta  
institución.

#### Préstamo Muebles, Enseres y Equipos Electrónicos:

Cotización

Contrato de Prenda



**SOLICITUD PRESTAMO NUEVO**

**INFORMACIÓN DEL PRÉSTAMO SOLICITADO**

|            |            |                      |
|------------|------------|----------------------|
| Cantidad:  | Cuenta:    | Número de Solicitud: |
| Oficial:   | Propósito: | Tasa:                |
| Tipo:      |            | Otro Propósito:      |
| Pago       | Plazos:    | Frecuencia:          |
| Garantías: | Acc. Req.  | Tipo id:             |
|            |            | Número id:           |

**INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE**

|   |                   |                      |  |
|---|-------------------|----------------------|--|
| Nombre:   |                   | Seguro Social:       |  |
| Dirección Residencial:  | Dirección Postal: | Teléfono:            | Email:   |
|   |                   | Celular:             |  |
|   |                   | Fecha de nacimiento: | Estado Civil:<br><b>Persona: Casada/No Casada/Separada</b> |
|   |                   | Dependientes:        | Ingreso:   |
| Años Residiendo:  |                   | Edades:              |  |
|   |                   | Tipo residencia:     | Pago Mensual:  |
| Si vive en casa alquilada, indique nombre y dirección del arrendador: |                   |                      |  |

**INFORMACIÓN SOBRE EMPLEO E INGRESOS:**

|                 |  |
|-----------------|--|
| Patrono:        | Ocupación:   |
| Dirección:      | Departamento:  |
| Supervisor:     | Salario: Frecuencia:   |
| Teléfono: Ext.: | Otros ingresos: Cantidad: Frecuencia: Mensual  |
| Tiempo empleo:  | Pensión alimenticia:<br>No es necesario incluir los ingresos por concepto de pensiones alimenticias o manutención de menores si usted no desea que se consideren para el pago de esta obligación |
| Negocio Propio: | Cantidad: Frecuencia: Mensual  |

**FAMILIAR MAS CERCANO QUE NO VIVA CON USTED:**

|            |             |
|------------|-------------|
| Nombre:    | Parentesco: |
| Dirección: | Teléfono:   |
| Nombre:    | Parentesco: |
| Dirección: | Teléfono:   |

**INFORMACIÓN DEL CONYUGE / COSOLICITANTE**

|                      |                |                |
|----------------------|----------------|----------------|
| Nombre:              | Seguro Social: | Cuenta:        |
| Fecha de nacimiento: | Ingreso:       | Status Empleo: |

**INFORMACIÓN SOBRE EMPLEO E INGRESOS:**

|             |            |                     |
|-------------|------------|---------------------|
| Patrono:    | Ocupación: | Teléfono:           |
| Dirección:  | Dept.:     | Tiempo empleo:      |
| Supervisor: | Salario:   | Frecuencia:         |
| Otros Ing.: | Cantidad:  | Frecuencia: Mensual |

Certifico que, a mi mejor entender, la información suministrada es correcta y que la cooperativa retendrá ésta solicitud, sea aprobada o no la misma. Además autorizo a la cooperativa a verificar mi empleo e historial de crédito y a divulgar a cualquier agencia de información de crédito la información de mis experiencias de crédito con la cooperativa.

**DESEO QUE EL SOBRENTE DE MI PRÉSTAMO SE DEPOSITE EN MI CUENTA DE AHORRO.**

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SOLICITANTE

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL CONYUGE/CO-SOLICITANTE

\_\_\_\_\_  
FECHA





VALIDACIÓN DE IDENTIDAD

Núm. de Solicitud: \_\_\_\_\_

Oficial de Préstamos: \_\_\_\_\_

I. Certifico que validé la identidad del(los) clientes(a) mediante:

Solicitante:

Nombre: \_\_\_\_\_

Licencia                      Número: \_\_\_\_\_                      Vigencia: \_\_\_\_\_                      Estado: \_\_\_\_\_

Tarjeta Identificación      Número: \_\_\_\_\_                      Vigencia: \_\_\_\_\_                      Estado: \_\_\_\_\_

Pasaporte                      Número: \_\_\_\_\_                      Vigencia: \_\_\_\_\_                      Estado: \_\_\_\_\_

Co-Solicitante:

Nombre: \_\_\_\_\_

Licencia                      Número: \_\_\_\_\_                      Vigencia: \_\_\_\_\_                      Estado: \_\_\_\_\_

Tarjeta Identificación      Número: \_\_\_\_\_                      Vigencia: \_\_\_\_\_                      Estado: \_\_\_\_\_

Pasaporte                      Número: \_\_\_\_\_                      Vigencia: \_\_\_\_\_                      Estado: \_\_\_\_\_

II. Revisé las identificaciones recibidas y certifico que validé la identidad del(los) cliente(s):

\_\_\_\_\_  
Oficial de Préstamos

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre (en letra de molde)

III. Certifico que entregué las identificaciones arriba mencionadas:

\_\_\_\_\_  
Nombre (en letra de molde)

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

\_\_\_\_\_  
Nombre (en letra de molde)

\_\_\_\_\_  
Firma del Co-Solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha



## AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO NOMINAL

Nombre:

Seguro Social:

Núm. Socio:

De conformidad con la Ley número 204 del 3 de mayo de 1951, autorizo a mi patrono \_\_\_\_\_ a descontar de mi sueldo las cantidades que más adelante detallo, para aplicarse a la Cooperativa de Ahorro y Crédito de Empleados de la Corporación del Fondo del Seguro del Estado, en adelante "Cooperativa". El suscriptor en forma libre y voluntaria expresa y consiente que esta autorización de descuento nominal será válida y obligatoria, en caso de separación del servicio como empleado de la Corporación del Fondo del Seguro del Estado o de la Comisión Industrial de Puerto Rico, según aplique, para la Administración de los Sistemas de Retiro de los Empleados del Gobierno y la Judicatura, quien no estará autorizada ni podrá cuestionar la validez de este consentimiento así como tampoco podrá detener, negarse o impedir que se proceda con el descuento nominal que aquí se autoriza hasta el saldo total de la deuda asumida con la Cooperativa.

| CONCEPTO  | CANTIDAD<br>TOTAL MENSUAL |
|---|---------------------------|
| ACCIONES  | \$                        |
| AHORROS   | \$                        |
| CHRISTMAS CLUB  | \$                        |
| VERANO CLUB   | \$                        |
| PRÉSTAMO REGULAR                                      | \$                        |
| PRÉSTAMO EMERGENCIA                                   | \$                        |
| PRÉSTAMO REGRESO A LA ESCUELA                         | \$                        |
| PRÉSTAMO PARA MUEBLES, ENSERES Y EQUIPOS ELECTRÓNICOS | \$                        |
| PRÉSTAMO DE VIAJE                                     | \$                        |
| PRÉSTAMO ASAMBLEA                                     | \$                        |
| PRÉSTAMO DE DESASTRE                                  | \$                        |
| PRÉSTAMO RECUPERACIÓN NAVIDEÑA                        | \$                        |
| PRÉSTAMO PROMOCIONAL/OTRO _____                       | \$                        |
| <b>TOTAL A DESCONTAR</b>                              | <b>\$</b>                 |

Firma del Socio

|                             |                        |
|-----------------------------|------------------------|
| Nombre Funcionario Coop:    |                        |
| Fecha:                      |                        |
| Nombre Funcionario Nóminas: | Firma Funcionario Coop |
| Firma:                      | Fecha:                 |



## CESIÓN DE SEGURO DE VIDA

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

Solicitud: \_\_\_\_\_

A. El suscriptor, \_\_\_\_\_, socio número \_\_\_\_\_ por el valor recibido cede y transfiere a COOP. EMPL. FONDO DEL SEGURO DEL ESTADO a sus sucesores o cesionarios (en adelante denominado el Cesionario), la cantidad de seguro que le corresponde bajo la póliza grupal número 22-54 expedida al Cesionario por Cooperativa de Seguros de Vida de Puerto Rico, la aseguradora, en adelante llamada COSVI.

Cede además, toda reclamación, opción, privilegios y derechos que le corresponde sobre la referida póliza, sujeto a los términos y condiciones de la póliza y a todo gravamen preferente, si alguno, que COSVI pueda tener sobre la póliza. El suscriptor y el Cesionario acuerdan que:

- B. Esta cesión sobre los beneficios de la póliza se constituye para que sirva como colateral para toda deuda existente o futura del suscriptor con el Cesionario por motivo del curso ordinario de los negocios entre ellos.
- C. El derecho a cobrar de COSVI el beneficio de la póliza objeto de esta cesión y aplicarlo a cualquier deuda que tenga el suscriptor con el Cesionario, esta expresamente incluido en esta cesión. Asimismo, el derecho a transigir con COSVI cualquier reclamación de beneficios radicada al amparo de la póliza bajo aquellos términos y condiciones que estime prudente.
- D. El derecho a designar y cambiar el beneficiario se reserva para el suscriptor, por lo que esta excluida de esta cesión y por consiguiente no es transferido al Cesionario.
- E. El Cesionario tramitará prontamente cualquier solicitud del suscriptor para cambiar la designación del beneficiario.
- F. Cualquier balance que quede del pago realizado por COSVI, pagadas las deudas existentes, será entregado por Cesionario al beneficiario designado o a su heredad de no existir designación de beneficiarios.
- G. COSVI está obligada a reconocer los derechos del Cesionario según emanan del presente contrato. El recibo del beneficio de la póliza por parte del Cesionario constituirá un relevo total de responsabilidad para COSVI. A requerimiento del Cesionario, el cheque por la cantidad correspondiente al beneficio de la póliza se preparará a su nombre y se le entregará al mismo.
- H. El Cesionario no tendrá la obligación de pagar prima alguna o cualquier otro pago que corresponda al suscriptor con relación al seguro, excepto cuando la prima sea pagada por el Cesionario como un beneficio adicional al suscriptor en su capacidad de socio.
- I. El ejercicio de cualquier derecho, opción, privilegio o poder que por el presente se le concede al Cesionario se realizará a su discreción y lo podrá hacer sin notificación al suscriptor y sin su consentimiento y sin que se afecte de manera alguna la responsabilidad del suscriptor con el Cesionario.
- J. El Cesionario, a su discreción, podrá aceptar o liberar otras garantías, podrá liberar a cualquier deudor, podrá conceder extensiones de términos, renovaciones o moratorias con relación a la deuda y podrá aplicar el beneficio de la póliza a las de la manera que estime pertinente sin recurrir a otras garantías.
- K. Si existiera algún conflicto entre las disposiciones de este documento de cesión y las disposiciones del pagaré o algún otro documento, con relación a la cesión del beneficio de las pólizas como colateral prevalecerán las disposiciones de este documento de cesión.
- L. El suscriptor declara que no tiene pendiente procedimiento alguno de quiebra y que el beneficio de la póliza objeto de esta cesión, no ha sido cedido a otros acreedores.

En San Juan Puerto Rico, \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Asegurado



### EQUAL CREDIT OPPORTUNITY ACT NOTICE

The "FEDERAL Equal Opportunity Act" prohibits creditors from discriminating against credit applicants on the basis of race, color, religion, national origin, sex, marital status, age (provided that the applicant has the capacity to enter into a binding contract), because all or part of the applicant's income derives from any public assistance program, or because the applicant has, in good faith, exercised any right under the "Consumer Credit Protection Act. Federal Agency that administers compliance with this Law concerning Cooperativa de Ahorro y Crédito de Empleados de la Corporación del Fondo del Seguro del Estado: Federal Trade Commission, 600 Pennsylvania Avenue NW, Washington DC 20580

### NOTIFICACION DE LA LEY DE IGUALDAD DE OPORTUNIDAD DE CREDITO

La "Ley Federal de Igualdad de Oportunidad en el Crédito", prohíbe que los acreedores discriminen contra solicitantes de crédito por razones de raza, color, religión, sexo, origen de nacionalidad, edad (si el solicitante tiene capacidad legal para contratar), porque todo o parte del ingreso del solicitante se derive de un programa público de derecho bajo la Ley de Protección de Crédito del Consumidor". La Agencia Federal que administra el cumplimiento de esta Ley concerniente a Cooperativa de Ahorro y Crédito de Empleados de la Corporación del Fondo del Seguro del Estado es: Federal Trade Commission, 600 Pennsylvania Avenue NW, Washington DC 20580

### NOTICE TO APPLICANT RIGHT TO FINANCIAL PRIVACY ACT

This is notice to you as required by the "Right to Financial Privacy Act of 1978", that the Department of Housing and Urban Development (HUD), or the Veterans Administration Loan Guaranty Division (VA)-whichever is applicable in your case-has a right of access to financial records involving your transaction will be available to HUD or VA (whichever is applicable to your case) without further notice or authorization but will not be disclosed or released to another Government Agency or Department without your consent except as required or permitted by Law.

### NOTIFICACION AL SOLICITANTE SOBRE LA LEY DE DERECHO A LA PRIVACIDAD FINANCIERA DEL 1978

Esta es una notificación a usted (es), según requerida por la "Ley de Derecho a Privacidad Financiera de 1978", de que el Departamento Federal de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD), o la División de Garantía de Préstamos de la Administración de Veteranos (VA), la que sea aplicable en su caso, tiene derecho al acceso de récords financieros en posesión de una institución Financiera relacionados con la consideración o administración de asistencia a usted (es). Los récords financieros relacionados con su transacción estarán disponibles a HUD o VA, la que sea aplicable a su caso-sin mas ninguna notificación, o autorización de usted (es) pero no serán revelados o remitidos a otra Agencia o Departamento Gubernamental sin su consentimiento, excepto según lo requiera o permita la Ley.

---

Borrower Signature / Firma del Solicitante

Member No. / Núm. Socio

---

Date / Fecha



COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO DE EMPLEADOS DE LA CORPORACIÓN DEL FONDO DEL SEGURO DEL ESTADO  
APARTADO 42006, MINILLAS STATION, SAN JUAN, PR 00940-2006 TEL. 787.282.7400 EXTS. 7143, 7144, 7146, 7156, 7157 Y 7158 FAX 787.764.4660  
[www.fondocoop.com](http://www.fondocoop.com)

**NOTIFICACIÓN POST CIERRE DE LA LEY DE INFORMES JUSTOS DE CRÉDITO  
(Fair Credit Reporting Act)**

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Préstamo Nuevo:** \_\_\_\_\_

**Fecha del préstamo:** \_\_\_\_\_

En referencia al préstamo arriba identificado, ésta notificación después del cierre está siendo provista según requerido por la Ley de Informes Justos de Crédito (Fair Credit Reporting Act- FCRA).

Podemos ofrecer información sobre su cuenta a agencias informadoras de crédito. Pagos en atraso, pagos no hechos y otro tipo de delincuencia en su cuenta puede aparecer en su informe de crédito.

**POST CLOSING FCRA NOTICE**

**Name:** \_\_\_\_\_

**Loan Number:** \_\_\_\_\_

**Loan Date:** \_\_\_\_\_

In connection with the above referenced loan, this post closing notice is provided as required by the Fair Credit Reporting Act.

We may report information about your account to credit bureaus. Late payments, missed payments, or other defaults on your account may be reflected in your credit report.

\_\_\_\_\_  
Deudor / Borrower

\_\_\_\_\_  
Fecha / Date

\_\_\_\_\_  
Co-Solicitante / CoBorrower

\_\_\_\_\_  
Fecha / Date

\_\_\_\_\_  
Codeudor / CoDebtor

\_\_\_\_\_  
Fecha / Date

\_\_\_\_\_  
Codeudor / CoDebtor

\_\_\_\_\_  
Fecha / Date





COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO DE EMPLEADOS DE LA  
CORPORACIÓN DEL FONDO DEL SEGURO DEL ESTADO  
APARTADO 42006, MINILLAS STATION, SAN JUAN, PR 00940-2006  
TEL. 787.282.7400 EXTS. 7143, 7144, 7146, 7156, 7157 Y 7158 FAX 787.764.4660  
[www.fondocoop.com](http://www.fondocoop.com)

## PAGARÉ SOBRE PRÉSTAMOS A PLAZOS

VALOR: \$ \_\_\_\_\_

PAGARÉ NÚMERO: \_\_\_\_\_

VENCIMIENTO: \_\_\_\_\_

POR VALOR recibido, específicamente un préstamo de dinero, nos obligamos solidariamente a pagar a la COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO DE LOS EMPLEADOS DE LA CORPORACIÓN DEL FONDO DEL SEGURO DEL ESTADO o a su orden, la suma de \_\_\_\_\_ (\$ \_\_\_\_\_), en moneda del curso legal de los Estados Unidos de América, con intereses al tipo de \_\_\_\_\_% anual sobre el balance. Lo pagaremos en \_\_\_\_\_ plazos mensuales consecutivos de \$ \_\_\_\_\_ cada uno y un último pago de \$ \_\_\_\_\_. Los pagos se harán los días 30 de cada mes convenido, hasta el total saldo de la deuda según lo previamente estipulado. De incumplirse con cualesquiera de los pagos a los que usted aquí se compromete, aun cuando el deudor principal se tornase insolvente económicamente, (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 Quiebras (11 U.S.C.); si el deudor principal alterase su situación económica de aquella que presentó por vía de solicitud de crédito 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, declarándose acelerada la deuda la que será exigible de inmediato, a opción del tenedor de este instrumento sin necesidades de aviso a 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 aún cuando tales procedimientos se sigan en rebeldía, nos obligamos a pagar al tenedor un crédito líquido, no sujeto a determinación judicial, equivalente a un 35% de la suma principal de este pagaré mas los gastos de cobranza y desembolsos que ocasione la reclamación y además para el pago de las costas, gastos y honorarios de abogados en que pueda incurrir 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:

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 aumentar la colateral y garantía, según lo dispone la Ley 255-2002, según enmendada, o en el caso de que el tenedor así lo optare y todo producto que sea generado por dicha colateral y garantía redundará únicamente en beneficios del tenedor, irrespectivamente que cualesquiera de los suscribientes radicasen una petición bajo la Ley de quiebras, se entenderá a los mismos efectos, si la misma fuera radicada voluntariamente y nos acogiésemos a la Ley de quiebras (11 U.S.C.) nos obligamos a no permitir que los bienes dados en garantía y colateral al tenedor, sean posteriormente grabados con un gravamen preferente, y expresamente nos comprometemos a brindarle al tenedor protección adecuada sobre el valor que el colateral garantiza.

Autorizamos a la COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO DE LOS EMPLEADOS DE LA CORPORACIÓN DEL FONDO DEL SEGURO DEL ESTADO para que cuando así lo determine, luego de ser informada de la avenencia 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 adecuado por concepto de esta obligación o a saldar su importe, compensando lo que la Cooperativa por concepto de depósitos, o por cualesquiera otro concepto haya incurrido, y tenga contra cualesquiera de los aquí suscribientes. El ejercicio de este derecho por la Cooperativa no constituirá una novación de esta obligación ni altera los derechos y obligaciones aquí enmarcadas. (Disponiéndose que en el caso de que voluntariamente 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 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 sin contingencia.

En el caso de que cualquier pago efectuándole 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 solidariamente a pagarle al tenedor la suma adeudada por tal concepto más todo gasto incurrido por el tenedor en la protección de sus intereses.

En el caso de que cualesquiera de los suscribientes esté amparado voluntaria o involuntariamente bajo las disposiciones de la Ley de quiebras, estaremos obligados frente al tenedor al cumplimiento estrictamente acordado por vía de este instrumento y/ cualquier otro que lo complemente. (Disponiéndose, que en el plan de pagos no podremos alterar, modificar, rescindir, sustituir, los términos para cumplir con esta obligación por otros que no sean los expuestos en este instrumento). En el caso de que incumplamos con ésta, como 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.

Mediante la presente reconocemos que una condición esencial para que se nos conceda este préstamo es la autorización del mismo mediante descuento nominal por lo que autorizamos mediante la firma de este pagaré a que se proceda con el descuento nominal, autorización que es hecha de forma libre, voluntaria e irrevocable, hasta el saldo total de la deuda. Dicha autorización a favor de la Cooperativa de Ahorro y Crédito de Empleados de la Corporación del Fondo del Seguro del Estado podrá ser diligenciada personalmente por ésta en las Oficinas de Recursos Humanos de la Corporación del Fondo del Seguro del Estado, de la Administración de Sistemas de Retiro de los Empleados del Gobierno y la Judicatura de Puerto Rico o de la Comisión Industrial de Puerto Rico, según aplique, e incluye pero no se limita a posibles o posteriores renovaciones del préstamo o deudas que tengamos con la Cooperativa por lo que una vez autorizado dicho descuento y se notifique al patrono o funcionario a cargo de nóminas, el importe del préstamo u obligación económica que sostenga con la Cooperativa, será deducido por su patrono o funcionario en los plazos acordados los cuales le serán enviados a la Cooperativa.

La revocación de esta autorización de descuento nominal no será válida sin contar con el consentimiento por escrito del tenedor de esta obligación por lo que estamos advertidos y conscientes de que las autorizaciones de descuentos, de salario para satisfacer el pago de un préstamo con la Cooperativa no podrán revocarse, a menos que el socio haya satisfecho en su totalidad el principal e intereses de la deuda contraída, o se haya cancelado o condonado la misma.

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 representa fielmente nuestra condición económica. Reconocemos que dicha información conjuntamente con las garantías brindadas es lo que motivó 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, ya sea mediante la pendencia o no de un procedimiento judicial federal).

Nos obligamos a que el tenedor en cualquier momento que lo estime prudente, nos exija un estado financiero debidamente autenticado a cada uno de los suscribientes, y de así entenderlo prudente por visualizar, presentir algún cambio, deterioro en nuestro cuadro o situación económica, 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 en que incurra el tenedor será por cuenta de nosotros tal y como se hubiese efectuado tal servicio a instancia nuestra). De acogernos a las disposiciones de la Ley de quiebras, voluntaria o involuntariamente, expresamente reconocemos que esta intervención se entenderá efectuada como si hubiese sido tomada por nuestros propios contables, a los efectos de evitar tener que solicitar la autorización del Tribunal correspondiente.

Reconocemos que el dinero por lo que aquí nos obligamos ha de ser utilizado para lo siguiente:

\_\_\_\_\_ que \_\_\_\_\_ es quien ha de directamente disfrutar de la utilización del dinero por lo cual los suscribientes nos obligamos.

Nos sometemos expresamente a la competencia de los tribunales de justicia de Puerto Rico, renunciamos a los derechos de presentación, protesto y aviso. (Disponiéndose que en caso de radicación voluntaria o involuntariamente de una petición de cualesquiera de los capítulos de la Ley de quiebras, los suscribientes que no hayan radicado dicha petición, renunciamos a cualquier derecho a ser notificados de dicho evento, y reconocemos que el tenedor podría radicar cualquier acción para hacer efectivo el derecho enmarcado en este instrumento si necesidad que se nos notifique de tal situación. En caso de reclamación judicial se cargará un 35% de costas y honorarios legales de la totalidad reclamada en la demanda.

En San Juan, Puerto Rico a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Socio \_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Número de Socio \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Co-Solicitante \_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Número de Socio \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Codeudor 1 \_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Número de Socio \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Codeudor 2 \_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Número de Socio \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE: USTED ES RESPONSABLE DE LOS PAGOS O DESCUENTOS POR NÓMINA.  
DE LO CONTRARIO DEBERÁ REMITIRLOS DIRECTAMENTE.**



## DECLARACIÓN DEL COSTO DEL CRÉDITO AL CONSUMIDOR

|                         |                                |
|-------------------------|--------------------------------|
| Nombre del Solicitante: | Núm. De Cuenta:                |
| Fecha:                  | Cantidad Original: \$ Interés: |

| TASA DE PORCIENTO ANUAL<br><small>El costo de mi crédito en base a un año</small> | CARGOS POR FINANCIAMIENTO<br><small>La cantidad en dólares que me costará el crédito</small> | CANTIDAD FINANCIADA<br><small>La cantidad del préstamo que se me otorga</small> | TOTAL DE LOS PAGOS<br><small>La cantidad pagada después de todos los pagos</small> |
|---|--|---|--|
|   |  |   |  |

Plan de Pagos

| NÚMERO DE PAGOS | TOTAL DE LOS PAGOS | FECHA DE VENCIMIENTO DE LOS PAGOS |
|-----------------|--------------------|-----------------------------------|
|                 |                    | Comenzando:                       |
|                 |                    | ÚLTIMO PAGO EN O ANTES DE:        |

NOTA: Marque los encasillados si aplican.

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

Los seguros de Muerte y Garantías no son (es) requisitos para obtener préstamos a menos que usted esté de acuerdo y firme.

Deseo asegurar el pago del préstamo con el Seguro CUNA. Mensual: \_\_\_\_\_  
 Deseo asegurar el pago del préstamo con el Seguro ITT. Anual: \$ \_\_\_\_\_  
 Deseo asegurar el pago del préstamo con el Seguro de Muerte. \$ \_\_\_\_\_ (Iniciales)  
 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.

Si obtengo el seguro de propiedad de la cooperativa yo pagaría

**Garantías y Colaterales:** Estoy dando como colaterales mis:

ACCIONES

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

Gastos de cierre  Primas de seguros  Seguros no requeridos

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

**Cargos por atraso:** Por cada pago que esté en morosidad usted pagará un cargo que no excede de \_\_\_% del importe del plazo que no se ha pagado dentro de los 15 días de su vencimiento.

**Depósitos requeridos:** La tasa de interés 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 asumir el remanente de la hipoteca en los términos originales.

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 al 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 PRÉSTAMOS ANTERIOR |
|                                      |                   |                                       |                                      |                                       |

CANTIDAD PAGADA A OTROS POR MI CUENTA:

TIPO DE PRESTAMO:

Certifico que he recibido una copia fiel y exacta de esta declaración del costo del crédito al consumidor.

---

FIRMA SOLICITANTE

---

FIRMA CONYUGE/  
CO-SOLICITANTE

---

FIRMA CO-DEUDOR

---

FIRMA CO-DEUDOR

---

FECHA DD/MM/AA



**INFORMACION DEL CODEUDOR 1**

**INFORMACIÓN DEL PRÉSTAMO SOLICITADO**

|            |            |                      |
|------------|------------|----------------------|
| Cantidad:  | Cuenta:    | Número de Solicitud: |
| Tipo:      | Propósito: | Tasa:                |
| Pago       | Plazos:    | Frecuencia:          |
| Garantías: |            |                      |

**INFORMACIÓN DEL CODEUDOR**

|                        |                   |                      |
|------------------------|-------------------|----------------------|
| Nombre:                | #Cuenta:          | Seguro Social:       |
| Dirección Residencial: | Dirección Postal: | Teléfono:            |
|                        |                   | Estado Civil:        |
|                        |                   | Fecha de Nacimiento: |
|                        |                   | Ingreso:             |
|                        |                   | Dependientes:        |
|                        |                   | Edades:              |
| Años Residiendo:       | Email:            | Tipo residencia:     |
|                        |                   | Pago Mensual: \$     |

**INFORMACIÓN SOBRE EMPLEO E INGRESOS:**

|                  |                      |
|------------------|----------------------|
| Patrono:         | Ocupación:           |
| Dirección:       | Departamento:        |
| Supervisor:      | Salario:             |
|                  | Frecuencia:          |
| Teléfono:        | Otros ingresos:      |
|                  | Cantidad:            |
|                  | Frecuencia: Mensual  |
| Tiempo Empleo:   | Pensión Alimenticia: |
|                  | Cantidad:            |
|                  | Frecuencia: Mensual  |
| Status de Empleo | Negocio Propio:      |
|                  | Cantidad:            |
|                  | Frecuencia: Mensual  |

**FAMILIAR MAS CERCANO QUE NO VIVA CON USTED:**

|            |             |
|------------|-------------|
| Nombre:    | Parentesco: |
| Dirección: | Teléfono:   |
| Nombre:    | Parentesco: |
| Dirección: | Teléfono:   |

**BALANCE DE CUENTAS EN COOPERATIVA:**

|                |                  |                 |                           |
|----------------|------------------|-----------------|---------------------------|
| <b>AHORROS</b> | <b>CORRIENTE</b> | <b>ACCIONES</b> | <b>PRESTAMOS (DEUDAS)</b> |
|----------------|------------------|-----------------|---------------------------|

**INFORMACIÓN DEL CONYUGE O SOLICITANTE CONJUNTO**

|             |                |         |
|-------------|----------------|---------|
| Nombre:     | Seguro Social: | Cuenta: |
| Nacimiento: | Ingreso:       |         |

**INFORMACIÓN SOBRE EMPLEO E INGRESOS:**

|             |            |                     |
|-------------|------------|---------------------|
| Patrono:    | Ocupación: | Teléfono:           |
| Dirección:  | Dept.:     | Tiempo empleo:      |
| Supervisor: | Salario:   | Frecuencia: Mensual |
| Otros Ing.: | Cantidad:  | Frecuencia: Mensual |

Certifico que, a mi mejor entender, la información suministrada es correcta y que la cooperativa retendrá ésta solicitud, sea aprobada o no la misma. Además autorizo a la cooperativa a verificar mi empleo e historial de crédito y a divulgar a cualquier agencia de información de crédito la información de mis experiencias de crédito con la cooperativa.

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL CODEUDOR**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL CONYUGE**

\_\_\_\_\_  
**FECHA**



## AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO NOMINAL -CODEUDOR 1-

Nombre:

Seguro Social:

Núm. Socio:

Re: Socio:

Nombre:

De conformidad con la Ley número 204 del 3 de mayo de 1951, autorizo a mi patrono \_\_\_\_\_ a descontar de mi sueldo las cantidades que más adelante detallo, para aplicarse a la Cooperativa de Ahorro y Crédito de Empleados de la Corporación del Fondo del Seguro del Estado, en adelante "Cooperativa". El suscriptor en forma libre y voluntaria expresa y consiente que esta autorización de descuento nominal será válida y obligatoria, en caso de separación del servicio como empleado de la Corporación del Fondo del Seguro del Estado o de la Comisión Industrial de Puerto Rico, según aplique, para la Administración de los Sistemas de Retiro de los Empleados del Gobierno y la Judicatura, quien no estará autorizada ni podrá cuestionar la validez de este consentimiento así como tampoco podrá detener, negarse o impedir que se proceda con el descuento nominal que aquí se autoriza hasta el saldo total de la deuda asumida con la Cooperativa.

| <b>CONCEPTO</b>  | <b>CANTIDAD</b> |
|--|-----------------|
| ACCIONES   | \$              |
| AHORROS  | \$              |
| CHRISTMAS CLUB   | \$              |
| VERANO CLUB  | \$              |
| PRÉSTAMO REGULAR   | \$              |
| PRÉSTAMO EMERGENCIA  | \$              |
| PRÉSTAMO REGRESO A LA ESCUELA  | \$              |
| PRÉSTAMO PARA MUEBLES, ENSERES Y EQUIPOS ELECTRÓNICOS                  | \$              |
| PRÉSTAMO DE VIAJE  | \$              |
| PRÉSTAMO ASAMBLEA  | \$              |
| PRÉSTAMO DE DESASTRE   | \$              |
| PRÉSTAMO RECUPERACIÓN NAVIDEÑA   | \$              |
| PRÉSTAMO PROMOCIONAL/OTRO _____  | \$              |
| CODEUDOR – GARANTIZA PRÉSTAMO PARA:<br>SOCIO NÚM.: _____ NOMBRE: _____ | \$              |
| <b>TOTAL A DESCONTAR</b>   | <b>\$</b>       |

Firma del Codeudor

|                             |                         |
|-----------------------------|-------------------------|
| Nombre Funcionario Coop:    | Firma Funcionario Coop: |
| Fecha:                      |                         |
| Nombre Funcionario Nóminas: |                         |
| Firma:                      | Fecha:                  |



**VALIDACIÓN DE IDENTIDAD CODEUDOR 1**

Núm. de Solicitud: \_\_\_\_\_

Oficial de Préstamos: \_\_\_\_\_

IV. Certifico que validé la identidad del(los) clientes(a) mediante:

Solicitante:

Nombre: \_\_\_\_\_

Licencia                      Número: \_\_\_\_\_                      Vigencia: \_\_\_\_\_                      Estado: \_\_\_\_\_

Tarjeta Identificación                      Número: \_\_\_\_\_                      Vigencia: \_\_\_\_\_                      Estado: \_\_\_\_\_

Pasaporte                      Número: \_\_\_\_\_                      Vigencia: \_\_\_\_\_                      Estado: \_\_\_\_\_

V. Revisé las identificaciones recibidas y certifico que validé la identidad del(los) cliente(s):

\_\_\_\_\_  
Oficial de Préstamos

\_\_\_\_\_  
Fecha

Nombre (en letra de molde)

VI. Certifico que entregué las identificaciones arriba mencionadas:

\_\_\_\_\_  
Firma del CoDeudor

\_\_\_\_\_  
Fecha





**INFORMACION DEL CODEUDOR 2**

**INFORMACIÓN DEL PRÉSTAMO SOLICITADO**

|            |            |                      |
|------------|------------|----------------------|
| Cantidad:  | Cuenta:    | Número de Solicitud: |
| Tipo:      | Propósito: | Tasa:                |
| Pago       | Plazos:    | Frecuencia:          |
| Garantías: |            |                      |

**INFORMACIÓN DEL CODEUDOR**

|                        |                   |                      |
|------------------------|-------------------|----------------------|
| Nombre:                | #Cuenta:          | Seguro Social:       |
| Dirección Residencial: | Dirección Postal: | Teléfono:            |
|                        |                   | Estado Civil:        |
|                        |                   | Fecha de Nacimiento: |
|                        |                   | Ingreso:             |
|                        |                   | Dependientes:        |
|                        |                   | Edades:              |
| Años Residiendo:       | Email:            | Tipo residencia:     |
|                        |                   | Pago Mensual: \$     |

**INFORMACIÓN SOBRE EMPLEO E INGRESOS:**

|                  |                      |
|------------------|----------------------|
| Patrono:         | Ocupación:           |
| Dirección:       | Departamento:        |
| Supervisor:      | Salario:             |
|                  | Frecuencia:          |
| Teléfono:        | Otros ingresos:      |
|                  | Cantidad:            |
|                  | Frecuencia: Mensual  |
| Tiempo Empleo:   | Pensión Alimenticia: |
|                  | Cantidad:            |
|                  | Frecuencia: Mensual  |
| Status de Empleo | Negocio Propio:      |
|                  | Cantidad:            |
|                  | Frecuencia: Mensual  |

**FAMILIAR MAS CERCANO QUE NO VIVA CON USTED:**

|            |             |
|------------|-------------|
| Nombre:    | Parentesco: |
| Dirección: | Teléfono:   |
| Nombre:    | Parentesco: |
| Dirección: | Teléfono:   |

**BALANCE DE CUENTAS EN COOPERATIVA:**

| AHORROS | CORRIENTE | ACCIONES | PRESTAMOS (DEUDAS) |
|---------|-----------|----------|--------------------|
|         |           |          |                    |

**INFORMACIÓN DEL CONYUGE O SOLICITANTE CONJUNTO**

|             |                |         |
|-------------|----------------|---------|
| Nombre:     | Seguro Social: | Cuenta: |
| Nacimiento: | Ingreso:       |         |

**INFORMACIÓN SOBRE EMPLEO E INGRESOS:**

|             |            |                     |
|-------------|------------|---------------------|
| Patrono:    | Ocupación: | Teléfono:           |
| Dirección:  | Dept.:     | Tiempo empleo:      |
| Supervisor: | Salario:   | Frecuencia: Mensual |
| Otros Ing.: | Cantidad:  | Frecuencia: Mensual |

Certifico que, a mi mejor entender, la información suministrada es correcta y que la cooperativa retendrá ésta solicitud, sea aprobada o no la misma. Además autorizo a la cooperativa a verificar mi empleo e historial de crédito y a divulgar a cualquier agencia de información de crédito la información de mis experiencias de crédito con la cooperativa.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL CODEUDOR

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL CONYUGE

\_\_\_\_\_  
FECHA



## AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO NOMINAL -CODEUDOR 2-

Nombre:

Seguro Social:

Núm. Socio:

Re: Socio:

Nombre:

De conformidad con la Ley número 204 del 3 de mayo de 1951, autorizo a mi patrono \_\_\_\_\_ a descontar de mi sueldo las cantidades que más adelante detallo, para aplicarse a la Cooperativa de Ahorro y Crédito de Empleados de la Corporación del Fondo del Seguro del Estado, en adelante "Cooperativa". El suscriptor en forma libre y voluntaria expresa y consiente que esta autorización de descuento nominal será válida y obligatoria, en caso de separación del servicio como empleado de la Corporación del Fondo del Seguro del Estado o de la Comisión Industrial de Puerto Rico, según aplique, para la Administración de los Sistemas de Retiro de los Empleados del Gobierno y la Judicatura, quien no estará autorizada ni podrá cuestionar la validez de este consentimiento así como tampoco podrá detener, negarse o impedir que se proceda con el descuento nominal que aquí se autoriza hasta el saldo total de la deuda asumida con la Cooperativa.

| <b>CONCEPTO</b>  | <b>CANTIDAD</b> |
|--|-----------------|
| ACCIONES   | \$              |
| AHORROS  | \$              |
| CHRISTMAS CLUB   | \$              |
| VERANO CLUB  | \$              |
| PRÉSTAMO REGULAR   | \$              |
| PRÉSTAMO EMERGENCIA  | \$              |
| PRÉSTAMO REGRESO A LA ESCUELA  | \$              |
| PRÉSTAMO PARA MUEBLES, ENSERES Y EQUIPOS ELECTRÓNICOS                  | \$              |
| PRÉSTAMO DE VIAJE  | \$              |
| PRÉSTAMO ASAMBLEA  | \$              |
| PRÉSTAMO DE DESASTRE   | \$              |
| PRÉSTAMO RECUPERACIÓN NAVIDEÑA   | \$              |
| PRÉSTAMO PROMOCIONAL/OTRO _____  | \$              |
| CODEUDOR – GARANTIZA PRÉSTAMO PARA:<br>SOCIO NÚM.: _____ NOMBRE: _____ | \$              |
| <b>TOTAL A DESCONTAR</b>   | <b>\$</b>       |

Firma del Codeudor

|                             |                         |
|-----------------------------|-------------------------|
| Nombre Funcionario Coop:    | Firma Funcionario Coop: |
| Fecha:                      |                         |
| Nombre Funcionario Nóminas: |                         |
| Firma:                      | Fecha:                  |



**VALIDACIÓN DE IDENTIDAD CODEUDOR 2**

Núm. de Solicitud: \_\_\_\_\_

Oficial de Préstamos: \_\_\_\_\_

VII. Certifico que validé la identidad del(los) clientes(a) mediante:

Solicitante:

Nombre: \_\_\_\_\_

Licencia                      Número: \_\_\_\_\_                      Vigencia: \_\_\_\_\_                      Estado: \_\_\_\_\_

Tarjeta Identificación                      Número: \_\_\_\_\_                      Vigencia: \_\_\_\_\_                      Estado: \_\_\_\_\_

Pasaporte                      Número: \_\_\_\_\_                      Vigencia: \_\_\_\_\_                      Estado: \_\_\_\_\_

VIII. Revisé las identificaciones recibidas y certifico que validé la identidad del(los) cliente(s):

\_\_\_\_\_  
Oficial de Préstamos

\_\_\_\_\_  
Fecha

Nombre (en letra de molde)

IX. Certifico que entregué las identificaciones arriba mencionadas:

\_\_\_\_\_  
Firma del CoDeudor

\_\_\_\_\_  
Fecha



**AVISO AL CODEUDOR  
(Reconocimiento de Responsabilidad Solidaria)**

\_\_\_\_\_  
Socio Número

\_\_\_\_\_ ha solicitado un préstamo por la cantidad de \$ \_\_\_\_\_ en el cual usted sería codeudor. Si usted decide garantizar esta deuda, será responsable de lo siguiente:

- Si el deudor no paga, usted tendrá que hacerlo.
- Si el deudor se atrasa en sus pagos, pueden ocurrir cargos adicionales por pagos tardíos o gastos de cobro que aumentará la deuda y usted deberá asumirlos.
- La cooperativa puede cobrarle a usted esta deuda sin tener que intentar cobrársela al deudor.
- Si el deudor no paga, la cooperativa tiene el derecho de requerirle el pago por medios legales disponibles, incluyendo el embargo de su salario.
- Si esta deuda se atrasa, la información se reflejará en su historial de crédito.
- Por ser una deuda mancomunada y solidaria, cada firmante se hace responsable individualmente del préstamo.

Antes de decidirse, analice su responsabilidad y su capacidad para cumplirla. Si usted decide firmar este aviso, la cooperativa lo retendrá para su record.

Este aviso divulga información requerida por la ley, pero no es el contrato que obliga por el total de la deuda.

**IMPORTANTE**

Al momento de concederse el préstamo descrito en epígrafe, el prestatario:

- CUALIFICA para el seguro de vida
- CUALIFICA para el Seguro de Vida e incapacidad
- NO CUALIFICA para el Seguro de Vida e incapacidad
- NO DESEA el seguro de vida

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

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

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

\_\_\_\_\_  
PARA USO DE LA COOPERATIVA

\_\_\_\_\_  
Verificada por