



Centro Gubernamental Roberto Sánchez Vilella  
Ave. de Diego, Edificio Sur, Piso Promenade,  
Santurce PO Box 41087, San Juan, PR 00940-1087  
Tel.: 787-723-9533 / email: info@coopacop.com

## SOLICITUD DE PRÉSTAMO

SOCIO NÚM. TIPO PRÉSTAMO

No. Solicitud:

## PRÉSTAMO ES

 Nuevo  Renovación

## FORMA DE PAGO

 Semanal  Bimensual  Quincenal  Mensual
Solicito el préstamo  a mi nombre  con un co-solicitante o con mi cónyuge  con un codeudor.

## NÚM. DE PAGARÉ

## CANTIDAD SOLICITADA

## TÉRMINOS

## PLAZOS

## PROPOSITO DEL PRÉSTAMO

\$ Meses \$ Mensualidad de \$ Último pago de

## SECCIÓN 1: INFORMACIÓN SOBRE EL SOLICITANTE

NOMBRE APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NÚM. SEGURO SOCIAL NÚM. LICENCIA DE CONDUCIR  
XX-XXX-\_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL  CASADO  SEPARADO  NO CASADO (soltero, viudo, divorciado) FECHA NACIMIENTO DEPENDIENTES EDADES RESIDENCIA  ALQUILADA  OTRO  PROPIA  FAMILIAR

DIRECCIÓN RESIDENCIAL TIEMPO EN ESTA DIR. PAGO MENSUAL CELULAR TELÉFONO

NOMBRE Y DIR. FAMILIAR MÁS CERCAÑO QUE NO VIVA CON USTED

DIRECCIÓN POSTAL

PARENTESCO CELULAR TELÉFONO

## SECCIÓN 2: INFORMACIÓN SOBRE EMPLEO E INGRESOS

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL PATRONO ACTUAL (O NEGOCIO) TIEMPO EN EL EMPLEO O NEGOCIO POSICIÓN O TÍTULO  
TELÉFONO Ext. NOMBRE SUPERVISOR INMEDIATO

SUELDO O SALARIO ACTUAL BRUTO SUELDO NETO EMPLEO ANTERIOR TELÉFONO

## IMPORTANTE

No es necesario indicar ingresos de Pensión Alimentaria o sostenimiento de niños si no desea se consideren como base para el pago de esta obligación.

PENSIÓN ALIMENTARIA, SOSTENIMIENTO DE NIÑOS MANUTENCIÓN RECIBIDA BAJO: NOMBRE DEL PROVEEDOR IMPORTE  
 ACUERDO VERBAL  ACUERDO ESCRITO  ORDEN JUDICIAL \$

OTROS INGRESOS \$  SEMANAL  BI-SEMANAL  QUINCENAL  MENSUAL FUENTE DE OTROS INGRESOS

## SECCIÓN 3: INFORMACIÓN SOBRE EL CÓNYUGE DEL SOLICITANTE (OPCIONAL)

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NÚMERO DE SEGURO SOCIAL FECHA DE NACIMIENTO

DIRECCIÓN TEL. RESIDENCIAL CELULAR NÚM. DE LICENCIA

ZONA POSTAL NÚM. DE DEPENDIENTES EDADES DE DEPENDIENTES

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL PATRONO ACTUAL POSICIÓN O TÍTULO INGRESO MENSUAL \$

TIEMPO EN EL EMPLEO NOMBRE DEL SUPERVISOR INMEDIATO TELÉFONO

¿SE LE APROBÓ CRÉDITO ANTERIORMENTE CON LA COOPERATIVA? CANTIDAD \$ ¿ES USTED CO-DEUDOR O GARANTIZADOR EN ESTA COOPERATIVA?  
 SI  NO NOMBRE:

DIRECCIÓN ANTERIOR TIEMPO EN ESTA DIRECCIÓN:

## IMPORTANTE

No es necesario indicar ingresos de Pensión Alimentaria o sostenimiento de niños si no desea se consideren como base para el pago de esta obligación.

PENSIÓN ALIMENTARIA, SOSTENIMIENTO DE NIÑOS MANUTENCIÓN RECIBIDA BAJO: NOMBRE DEL PROVEEDOR IMPORTE  
 ACUERDO VERBAL  ACUERDO ESCRITO  ORDEN JUDICIAL \$

OTROS INGRESOS: \$  SEMANAL  BI-SEMANAL  QUINCENAL  MENSUAL FUENTE DE OTROS INGRESOS

## REFERENCIAS PERSONALES

NOMBRE	DIRECCIÓN	CELULAR	TELÉFONO

He leído los términos y condiciones expuestos en esta solicitud de préstamo y estoy (estamos) en acuerdo con los mismos.

El seguro de vida es opcional. Lo desea Sí  No  (IMPORTANTE NO OLVIDE FIRMAR LA SOLICITUD)

AUTORIZO A LA COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO COOPACOP A INVESTIGAR Y COMPROBAR LAS REFERENCIAS AQUÍ CONTENIDAS O DECLARACIONES Y OTRA INFORMACIÓN OBTENIDA DE CUALQUIERA OTRA PERSONA CON REFERENCIA A MI CRÉDITO Y RESPONSABILIDAD FINANCIERA CON EL PROPOSITO DE CONCEDERME EL PRÉSTAMO SOLICITADO. ESTA SOLICITUD PASA A SER PROPIEDAD DE LA COOPERATIVA Y NO SERÁ DEVUELTA. AUTORIZAMOS A LA COOPERATIVA A SOMETER INFORMACIÓN SOBRE ESTA DEUDA A CUALQUIER AGENCIA DE INFORMACIÓN DE CRÉDITO AL CONSUMIDOR Y TAMBIÉN EN CUANTO AL CUMPLIMIENTO E INCUMPLIMIENTO, SI LO HUBIERA, DE LA MISMA. ESTOY SOLICITANDO CRÉDITO BASÁNDOME EN MI PROPIO CRÉDITO PERSONAL. YO ASUMIRÉ LA RESPONSABILIDAD DE LA CUENTA.

Fecha

Firma del Solicitante

Firma del Cónyuge o Co-solicitante

**INFORMACIÓN DE LOS GARANTIZADORES**

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE		INICIAL	NUMERO DE SOCIO
DIRECCIÓN						NÚM. SEGURO SOCIAL	
				CELULAR	TELÉFONO		
EDAD	ESTADO CIVIL	NÚM. DEP.	NOMBRE DEL CÓNYUGE		NOMBRE DEL PARIENTE MÁS CERCANO		
NOMBRE DEL PATRONO				OCUPACIÓN			
DIRECCIÓN DEL PATRONO				JEFE INMEDIATO			
				ZIP CODE	TELÉFONO		
SUELDO	TIEMPO ES ESTE EMPLEO	OTROS INGRESOS		CONCEPTO OTROS INGRESOS			
PROPIEDADES QUE POSEE		VALOR DE ESA PROPIEDAD	DESCRIPCIÓN DE ESA PROPIEDAD				
NOTA:						FIRMA DEL GARANTIZADOR	

**CUENTAS BANCARIAS**

CUENTA DE CHEQUE NÚM.	INSTITUCIÓN	SUCURSAL

**AUTOMÓVIL**

MODELO Y AÑO	NÚM. DE TABLILLA	ACREEDOR	VALOR MERCADO	BAL. ADEUDADO	PAGO MENSUAL	NÚMERO DE CUENTA

**BIENES INMUEBLES**

DESCRIPCIÓN	DIRECCIÓN	ACREEDOR HIPOTECARIO	VALOR MERCADO	BAL. ADEUDADO	PAGO MENSUAL	NÚMERO DE CUENTA

**IMPORTANTE**

**OTRAS OBLIGACIONES (PAGOS PENSIÓN ALIMENTARIA, SOSTENIMIENTO DE NIÑOS MANUTENCIÓN, ETC. UTILICE NOTA ANEJA SI ES NECESARIO)**

**PARA USO DE LA COOPERATIVA**

Acciones	\$ _____	Cantidad Solicitada	\$ _____		
Depósitos	\$ _____				
Préstamo Regular Anterior	\$ _____	Fecha Concedido	_____	Pago Mensual	\$ _____
Balance Préstamo Regular	\$ _____	Plazos Pagados	_____		
Préstamo Línea de Crédito	\$ _____	Fecha Concedido	_____	Pago Mensual	\$ _____
Balance Línea de Crédito	\$ _____				
Préstamo Escolar	\$ _____	Fecha Concedido	_____	Pago Mensual	\$ _____
Otros	\$ _____	Fecha Concedido	_____	Pago Mensual	\$ _____
Comentarios:					

**PARA USO DEL OFICIAL DE CRÉDITO Y EL COMITÉ DE CRÉDITO**

DECISIÓN TOMADA:  
 EN EUNIÓN CELEBRADA EL DÍA \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_

APROBADO                       DENEGADO

COMENTARIOS Y CONDICIONES

_____	_____
Firma Presidente(a) Comité de Crédito	Firma Secretario(a) Comité de Crédito
_____	_____
Firma del Vocal	Firma Oficial de Crédito
_____	_____
Firma del Suplente	Firma Miembro del Comité de Supervisión
_____	
Firma Miembro de la Junta de Directores	

## AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO DE NÓMINA

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

Núm. Socio (a): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre (apellidos paterno y maternos)

Descuento:

Quincenal     Bisemanal

\_\_\_\_\_  
Nombre del Actual patrono o del Sistema de Retiro

Mensual

De conformidad con la Ley número 269 de 1950 y 204 de 1951, según enmendadas, autorizo para que, comenzando con la nómina correspondiente al período de \_\_\_\_\_, el Secretario del Departamento de Hacienda de Puerto Rico, descuento de mi sueldo mensual la cantidad de \$ \_\_\_\_\_ a favor de la Cooperativa de Ahorro y Crédito COOPACOP, para la compra de acciones y préstamo.

Sé que el descuento para abonar a un préstamo será una cantidad fija, de la que se cobrarán el principal y los intereses que correspondan. Sé, además, que soy responsable del pago en la fecha acordada con la Cooperativa, y de cualquier penalidad aplicable si se atrasan o suspenden las remesas; y que, aunque se altere el total de plazos, no descontinuaré el pago en ninguna circunstancia hasta que el préstamo haya sido saldado.

<u>CONCEPTO</u>	<u>CANTIDAD</u>	
Acciones	\$ _____	_____ Firma del Socio
Ahorros	\$ _____	
Ahorro Navideño (NavíCoop)	\$ _____	_____ Nombre letra de molde
Vera Coop	\$ _____	
Préstamos	\$ _____	_____ Seguro Social
Balance Préstamos	\$ _____	
Descuento Quincenal	\$ _____	_____ Agencia
<b>Total Descuento Mensual</b>	\$ _____	

**PARA USO OFICIAL**

Esta autorización cancela o anula cualquier autorización de descuento hecha previamente por mí, en virtud de la citada Ley.

\_\_\_\_\_  
Firma personal autorizado

## CERTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN DE IDENTIDAD

### PRÉSTAMOS Y LÍNEA DE CRÉDITO

Certifico y autorizo a la Cooperativa a retener copia de los documentos que se mencionan a continuación, con el propósito de documentar la validación de mi identidad, en cumplimiento con los procedimientos requeridos en la Ley Federal USA Patriot Act.

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

Seguro Social: \_\_\_\_\_

**Tipo De Identificación:**

Licencia  PR  USA Pasaporte  USA  Otro ID \_\_\_\_\_

ID otorgada por gobierno de:  PR  USA

Núm. Identificación: \_\_\_\_\_ Emitida en: \_\_\_\_\_ Fecha Vencimiento: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

**Dirección actual: (Favor completar ambos encasillados)**

**Residencial:** \_\_\_\_\_

Certifico que he revisado la información ofrecida en este documento y a mi mejor entender y conocimiento la misma es correcta y completa. Me comprometo a notificar a la Cooperativa cualquier cambio dentro de los primeros 30 días. Autorizo a la Cooperativa a realizar las investigaciones que entienda necesaria para verificar mis datos y experiencia bancaria y confirmar la información ofrecida por mí, en este o cualquier otro documento o solicitud. Además autorizo a la Cooperativa a realizar cambios de dirección en el sistema de información electrónico ya sea postal o residencial de haber un cambio de dirección ofrecido por mí en este documento. Esta autorización tendrá vigencia por término indefinido mientras mantenga relaciones financieras con la Cooperativa.

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

Certifico que identifiqué al solicitante en referencia. Para que así conste suscribo la presente declaración hoy, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma Oficial Autorizado

Correo

Socio Presente

### Notificación de la Ley de Igualdad de Oportunidad de Crédito (*Equal Credit Opportunity Act Notice*)

La "Ley Federal de Igualdad de Oportunidad en el Crédito", prohíbe que los acreedores discriminen contra solicitantes por razones de raza, color, religión, sexo, origen de nacionalidad, edad (si el solicitante tiene la capacidad legal para contratar), porque todo o parte del ingreso del solicitante se derive de un programa público de ayuda o porque el solicitante haya, de buena fe, ejercido cualquier derecho bajo la "Ley de Protección de Crédito del Consumidor". La Agencia Federal o Departamento que administra el cumplimiento de esta Ley por parte de la Cooperativa de Ahorro y Crédito COOPACOP es: "Consumer Response Center", "Federal Trade Commission", 600 Pennsylvania Ave. NW, Washington DC 20280.

*(The Federal Equal Credit Opportunity Act prohibits creditors from discrimination against credit applicants on the basis of race, color, religion, national origin, sex, marital status, age or because provided 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". The Federal Agency that administers compliance with this Law concerning Cooperativa de Ahorro y Crédito COOPACOP is the Consumer Response Center, Federal Trade Commission, 600 (Pennsylvania Ave. NW., Washington DC 20580.)*

**Notificación Post Cierre De La Ley de Informes Justos de  
Crédito  
(Post Closing Fair Credit Reporting Act Notice)**

En referencia al préstamo arriba indicado, esta notificación de cierre está siendo provista según requerido por la Ley de Informes Justos de Crédito (Fair Credit Reporting Act FCRA). *(In connection with the above referenced loan, this post closing notice is provided as required by the Fair Credit Reporting Act.)* 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. *(We may report information about your account to credit bureaus. Late payments or other defaults on your account may be reflected in your credit report.)*

Certifico que fui orientado, leí completamente, entendí todos los documentos de este préstamo y entregué las identificaciones requeridas por la Política de "Know Your Customer" y el "USA Patriot Act" al momento del desembolso de este préstamo. *(I certify that I was oriented, fully read, understand all the loan documents and deliver the identifications required by the Know Your Customer Policy and the USA Patriot Act at the time of disbursement of the loan.)*

---

Nombre en letra de molde

---

Número de socio

---

Firma de Socio

---

Fecha

**CESION DE SEGURO DE VIDA GRUPAL COMO COLATERAL**

A. El suscriptor \_\_\_\_\_, socio número \_\_\_\_\_, por valor recibido cede y transfiere a la Cooperativa de Ahorro y Crédito COOPACOP, a sus sucesores o cesionarios, en adelante denominado el "Cesionario", la cantidad de seguro que le corresponde bajo la póliza grupal número 326, expedida al "Cesionario" por la Cooperativa de Seguros de Vida de Puerto Rico (COSVI), la aseguradora, en adelante llamada "COSVI".

Cede, además, toda reclamación, opción, privilegios y derechos que le corresponden 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 al 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", está 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 pertinente.
- D. El derecho a designar y cambiar el beneficiario se reserva para el suscriptor, por lo que está excluido de esta cesión y por consiguiente no es transferido al "Cesionario".
- E. El "Cesionario" tramitará prontamente cualquier solicitud del suscriptor para cambiar la designación de beneficiario.
- F. Cualquier balance que quede del pago realizado por "COSVI", pagadas las deudas existentes, será entregado por el "Cesionario" al beneficiario designado o a su heredero, de no existir designación de beneficiarios.
- G. "COSVI" está obligada a reconocer los derechos del "Cesionario", según emana 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 o codeudor, podrá conceder extensiones de términos, renovaciones o moratorias con relación a la deuda y podrá aplicar el beneficio de la póliza a las deudas 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 la póliza 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 anteriormente a otros acreedores.

En \_\_\_\_\_, Puerto Rico, el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado(a) (socio(a))



**GUIA PARA REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD  
SOCIOS QUE SOLICITEN SEGURO POLIZA SINPREX**

**A. CUBIERTA VIDA:**

1. Tipo cubierta solicitada:

Individual

Mancomunado

2. ¿Es usted mayor de 80 años de edad?

DEUDOR PRICIPAL

SI  NO

DEUDOR MANCOMUNADO

SI  NO

**B. CUBIERTA INCAPACIDAD FISICA TOTAL Y PERMANENTE  
(Aplica al Deudor Principal solamente)**

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

DEUDOR PRINCIPAL

SI  NO

2. ¿Es incapacitado?

DEUDOR PRINCIPAL

SI  NO

3. ¿Ha solicitado beneficios por incapacidad?

DEUDOR PRINCIPAL

SI  NO

4. ¿Es ama de casa?

DEUDOR PRINCIPAL

SI  NO

5. ¿Es desempleado?

DEUDOR PRINCIPAL

SI  NO

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

DEUDOR PRINCIPAL

SI  NO

**TIPO DE SEGURO QUE CUALIFICA**

VIDA & INCAPACIDAD INDIVIDUAL

VIDA INDIVIDUAL

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

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

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

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

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.

**ACUSE DE RECIBO**

Recibí hoy, día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, la **DIVULGACIÓN DEL SEGURO COLECTIVO DE VIDA DE CREDITO**, promulgada por la Cooperativa de Seguros de Vida de Puerto Rico, COSVI.

Nombre en letra de molde del Deudor

Firma del Deudor Principal

Fecha

**DIVULGACION DEL SEGURO COLECTIVO DE VIDA DE CREDITO  
PRESTAMOS PERSONALES**

**Usted debe saber que:**

- Este seguro paga el balance del préstamo a la fecha de la muerte del deudor asegurado. Un deudor se considera asegurado si cumple con los requisitos de elegibilidad.
- Se cubre además a ambos cónyuges si están legalmente casados (cubierta mancomunada) que cumplan con los requisitos de elegibilidad.

**Los Requisitos de Elegibilidad de este seguro son los siguientes:**

1. Haber tomado dinero a préstamo en la Cooperativa de Ahorro y Crédito.
2. Ser menor de 74 años.

**Evidencia de Asegurabilidad:**

- Es indispensable que todos los deudores con préstamos personales, cuya suma de los balances exceda de \$50,000.00, completen y sometan la forma Evidencia de Asegurabilidad a la aseguradora.

**Cancelación**

- Puede cancelar este seguro en cualquier momento haciendo una solicitud escrita a través de la Cooperativa de Ahorro y Crédito. 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 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.

**Cantidad de Seguro:**

- La cantidad de seguro a la fecha de la muerte, será igual a la cantidad que resulte menor del máximo de seguro establecido en el certificado o la suma de los balances de principal de todos los préstamos personales concedidos al deudor.

**No están cubiertos los préstamos:**

1. Otorgados a personas jurídicas.
2. A deudores que hayan cumplido la edad máxima de elegibilidad de cubierta.
3. A deudores que no reúnan los Requisitos de Elegibilidad mencionados.
4. Para los cuales no se hayan pagado primas.
5. Cubiertos por una garantía hipotecaria.
6. Que requieran evidencia de asegurabilidad y que no hayan sometido la misma o que ésta se haya denegado.

**Si durante el término del préstamo usted excede la edad de 74 años, tendrá la cubierta para dicho préstamo hasta cumplir la edad de 75 años. La prima a pagar será por el periodo faltante para cumplir la edad de 75 años, siempre que adquiriera el seguro antes de cumplir los 74 años.**

**Terminación de Cubierta:**

La cubierta de este seguro termina automáticamente, al ocurrir cualesquiera de los siguientes eventos:

1. La transferencia de la deuda a otro deudor.
2. Cuando el deudor asegurado cumpla 75 años de edad.
3. A la liquidación, renovación, refinanciamiento o pago de la deuda a la cooperativa de ahorro y crédito.
4. Si es un préstamo delincente cubierto por una póliza de Garantía de Préstamos.
5. Al vencimiento del término del pagaré, excepto según dispuesto en la Cláusula de Extensión de Cubierta de la póliza.
6. En el caso de deudores mancomunados, termina cuando se honre la reclamación del cónyuge fallecido.
7. Treintún días después de la fecha en que venció cualquier pago de prima.

**Exclusiones:**

- No está cubierto ningún préstamo si el asegurado estando cuerdo o padeciendo de sus facultades mentales, muere por un acto u omisión causado por él mismo, dentro de los veinticuatro (24) meses subsiguientes a la fecha en que se le concedió el préstamo cubierto.

**Pago de Reclamaciones:**

1. El periodo máximo para radicar una reclamación es de noventa (90) días desde la fecha en que ocurre la muerte.
2. El término podrá extenderse si existe justa causa que evidencie la imposibilidad de someter en el término arriba indicado, más en ningún caso podrá exceder de veinticuatro (24) meses, a partir de la fecha de la muerte.

Sus herederos son responsables del pago de las mensualidades del préstamo mientras se tramita una reclamación o se lleva a efecto cualquier trámite judicial.

**Incontestabilidad:**

Este seguro es Incontestable después de haber estado en vigor por dos años a partir de la fecha en que se emita el Certificado de Seguro.

**Tarifa:**

La tarifa anual que aplica al término del préstamo solicitado es de \$ \_\_\_\_\_ por cada \$100.00 de deuda inicial.

Este seguro es opcional y no es una condición para obtener el préstamo.

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

- Si tiene otro seguro que cubre este riesgo, sujeto a la verificación por parte del acreedor, es posible que no necesite este.

**DIVULGACIÓN DE RIESGO BASADO EN PRECIO DEL F.C.R.A.**

<p><b>¿Qué es un informe de crédito?</b></p>	<p>Un informe de crédito es un registro de su historial crediticio. El mismo incluye información relacionada sobre como usted paga sus cuentas a tiempo y cuánto adeuda a los acreedores.</p>
<p><b>¿Cómo utilizamos su informe de crédito?</b></p>	<p>Utilizamos información de su informe de crédito para establecer los términos de crédito que le ofrecemos, como lo es la tasa de porcentaje anual (APR).</p> <p>Los términos ofrecidos a usted pueden ser menos favorables que los términos ofrecidos a consumidores que tienen mejor historial crediticio.</p>
<p><b>¿Qué ocurre si encuentra errores en su historial de crédito?</b></p>	<p>Usted tiene el derecho a disputar cualquier discrepancia en la información de su informe crediticio.</p> <p>Si usted encuentra errores en su informe crediticio, contacte a Transunion, que es la agencia de crédito de la cual obtuvimos su informe de crédito.</p> <p>Siempre es buena idea que verifique su informe de crédito para asegurar que el mismo tenga la información correcta.</p>
<p><b>¿Cómo puede obtener una copia de su informe de crédito?</b></p>	<p>Bajo la ley federal, usted tiene derecho a obtener una copia de su informe de crédito sin cargo por sesenta (60) días luego de recibir esta notificación. Para obtener su información de crédito gratuito, contacte a:</p> <p>Agencia: Annual Credit Report Request Service</p> <p>Por teléfono: 1-877-322-8228</p> <p>Por correo: PO Box 105281 Atlanta, GA 30348-5281</p> <p>Web: <a href="http://www.AnnualCreditReport.com">www.AnnualCreditReport.com</a></p>
<p><b>¿Cómo puede obtener más información sobre su informe de crédito?</b></p>	<p>Para más información sobre su informe de crédito y sus derechos bajo la legislación federal, visite la página cibernética de la Junta de la reserva Federal al <a href="http://www.federalreserve.gov">www.federalreserve.gov</a>, o a la Comisión Federal de Comercio al <a href="http://www.ftc.gov">www.ftc.gov</a>.</p>
<p><b>Registro de entrega de divulgación:</b></p>	<p>Certifico haber recibido copia de esta divulgación:</p> <p>_____</p> <p>Firma del Socio</p> <p>_____</p> <p>Firma Oficial de la Cooperativa</p> <p>_____</p> <p>Núm. Socio</p> <p>_____</p> <p>Fecha (m/d/a)</p>

Rev. may.-20

## COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO COOPAC

### ACUSE DE RECIBO PRÉSTAMO

1. Copia de la Declaración del Costo.
2. Copia del Pagaré del préstamo solicitado.
3. Copia del Certificado de la Póliza del Seguro de Vida.
4. Pagaré cancelado (de haber tenido préstamo anterior).

Por la presente certifico haber recibido copia de los documentos, antes mencionados, en el desembolso del préstamo y que estoy de acuerdo con los términos del mismo hoy \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

Recibido y conforme,

\_\_\_\_\_  
Firma del Socio (a)