Formulario para solicitud de CRÉDITO

Ciudad y fecha:_____ SIP: _____

Nombres y apellidos:_____C.C.Nº:_____

DIRECCIÓN:_____ TELÉFONO: Fijo _____ Celular (Movil):_____

ENTIDAD FINANCIERA:_____ Nº CUENTA:_____ TIPO CUENTA Ahorros ☐ Corriente ☐

INFORMACIÓN FINANCIERA SOLICITANTE			
Ingresos mensuales derivados de su actividad principal	$	Cuota mensual de obligaciones bancarias	$
Otros ingresos *	$	Gastos básicos (Salud, educación, manutención, recreación, arriendo, etc.)	$
Total ingresos	$	Otros egresos	$
*Detalle de otros ingresos:			
TOTAL ACTIVOS	$	TOTAL PASIVOS	$

LÍNEA DE CRÉDITO	*VALOR*	*MESES PLAZO*	*SOLICITUD Nº*
ORDINARIO	$		
AFILIACION	$		
PRIMA/INTEGRAL	$		
FIDELIDAD	$		
COMPRA DE CARTERA	$		
OTRO,_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	$		

Desea recoger saldo anterior del(os) crédito(s) solicitado(s)? Si ☐ No ☐ Tipo de cuota: Variable ☐ Fija ☐

Observaciones:

INSTRUCCIONES

Los espacios en blanco que figuran en el Pagaré que respaldan estas deudas con Coopillantas Ltda, pueden ser llenados por ésta sin previo aviso en caso de incumplimiento y por lo tanto prestará mérito ejecutivo. La cuantía será igual a las sumas adeudadas por concepto de estos créditos, la fecha será la del día en que se llenen los espacios en blanco, los intereses serán los que rijan al momento del diligenciamiento del pagaré y el vencimiento será a la vista.

"Autorizo expresamente a COOPILLANTAS LTDA. para que me incluya en el seguro colectivo de cartera y a pagar el valor que me corresponda del mismo por los créditos respectivos en forma mensual, valor que debe ser sumado y cancelado con cada una de las cuotas correspondientes. Acogiéndome además a los requisitos establecidos referentes a la cobertura de los montos, el estado de salud y a la edad del solicitante.
Los montos que por alguna circunstancia no queden cobijados por el seguro de cartera continuarán cobijados con las demás garantías otorgadas y las legales.

"Igualmente, autorizo a _____ para descontar en forma _____ con relación al (los) crédito (s) de la (s) línea (s)_____ _____ en un término de _____ meses, la suma de $_____, incluidos los intereses correspondientes.

Nota: Autorizamos de manera irrevocable a la Cooperativa Coopillantas, para que con fines estadísticos, de control , supervisión y de información comercial, reporte o consulte ante la central de información financiera o cualquier otra entidad que maneje bases de datos con los mismos fines, el nacimiento modificación y extinción de las obligaciones que se llegaren a contraer con la Cooperativa.

DATOS DE LOS CODEUDORES

CODEUDOR I

Nombre		SIP	FIRMA
Dirección		Teléfono	

INFORMACIÓN FINANCIERA

Ingresos mensuales derivados de su actividad principal	$	Cuota mensual de obligaciones bancarias	$
Otros ingresos *	$	Gastos básicos (Salud, educación, manutención, recreación, arriendo, etc.)	$
Total ingresos	$	Otros egresos	$
*Detalle de otros ingresos:			
TOTAL ACTIVOS	$	TOTAL PASIVOS	$

CODEUDOR II

Nombre		SIP	FIRMA
Dirección		Teléfono	

INFORMACIÓN FINANCIERA

Ingresos mensuales derivados de su actividad principal	$	Cuota mensual de obligaciones bancarias	$
Otros ingresos *	$	Gastos básicos (Salud, educación, manutención, recreación, arriendo, etc.)	$
Total ingresos	$	Otros egresos	$
*Detalle de otros ingresos:			
TOTAL ACTIVOS	$	TOTAL PASIVOS	$

FIRMA DEL SOLICITANTE: _____

PARA USO EXCLUSIVO DE COOPILLANTAS LTDA

ESTUDIÓ:	APROBÓ:	RECHAZÓ:	FECHA: AAAA / MM / DD

OBSERVACIONES: