



COOPEUNACHI; R.L.
COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO UNACHI; R.L.

TELEFONO 774-5775 email coopeunachi@unachi.a.c.pa

SOLICITUD DE PRÉSTAMO

Nombre Completo del Asociado: _____ #Cédula: _____

Fecha de la Solicitud: _____ Asociado # _____ Tipo de Préstamo _____

Cantidad Solicitada: B/ _____

Propósito: _____

Forma de Pago: _____

Nombre del Codeudor _____ #Cédula del Codeudor _____

Lugar de Trabajo del Codeudor _____ Tel. Oficina: _____ ext.: _____

Dirección del Codeudor: _____ #Teléfono. del Codeudor: _____

I Generales personales del Solicitante:

Estado Civil _____ Tel / Cel. Personal _____

Dirección residencial: _____

Nombre de persona para Referencia: _____

Dirección de la persona para Referencia : _____

Teléfono de la persona para Referencia: _____

II Generales del área de trabajo del Solicitante:

Condición laboral del asociado (Colocar una X en la opción) Permanente _____ Eventual _____

Salario Mensual B/. _____ Fecha Inicio de Labores: _____

Área de Trabajo _____

Teléfono de Trabajo: _____ ext.: _____

Certifico que la información arriba mencionada es verdadera y completa, se ofrece a la cooperativa para el análisis del préstamo.

Firma: _____

Nombre: _____

Cédula: _____

III: Información Financiera para la evaluación del Préstamo (Para uso de COOPEUNACHI; R.L.)

Cuotas de Aportación	Cuenta de Ahorro	Tipo de Préstamo	Saldo de Préstamo	Intereses de Préstamo



COOPEUNACHI; R.L.

COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO UNACHI; R.L.

TELEFONO 774-5775 email coopeunachi@unachi.a.c.pa

Fecha:

Señores

Departamento de Planilla

UNACHI

Respetados Señores:

Por este medio, autorizo a esta Institución para que de mi salario, se descuenta quincenalmente la suma de _____ (B/ _____), y que este dinero sea remitido a la Cooperativa de Ahorro y Crédito de la UNACHI, R.L. (COOPEUNACHI; R.L.) en concepto de : _____ hasta completar la suma de _____ (B/ _____) por compromiso adquirido con la cooperativa.

Se modifica letra de B/ _____ quincenal a B/ _____ quincenal.

Con este préstamo se está cancelando los siguientes compromisos:

- | | |
|----|--------|
| 1. | Letra: |
| 2. | Letra |
| 3. | Letra |

Atentamente,

Firma: _____

Nombre: _____

Cédula: _____

Asociado: _____

NOTA: Esta Solicitud es irrevocable, y solo puede ser suspendida con la autorización de la JUNTA DE DIRECTORES. La falta de pago de dos cuotas, dará derecho a la Cooperativa de Ahorro y Crédito UNACHI; R.L. (COOPEUNACHI; R.L.) para exigir su pago por descuento directo.



COOPEUNACHI; R.L.

COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO UNACHI; R.L.

TELEFONO 774-5775 email coopeunachi@unachi.a.c.pa

Fecha:

Señores

Departamento de Planilla

UNACHI

Respetados Señores:

Por este medio, autorizo a esta Institución para que de mi salario, se descuente quincenalmente la suma de _____ (B/ _____), y que este dinero sea remitido a la Cooperativa de Ahorro y Crédito de la UNACHI, R.L. (COOPEUNACHI; R.L.) en concepto de : _____ hasta completar la suma de _____ (B/ _____) por compromiso adquirido con la cooperativa.

Se modifica letra de B/ _____ quincenal a B/ _____ quincenal.

Con este préstamo se está cancelando los siguientes compromisos:

- | | |
|----|--------|
| 1. | Letra: |
| 2. | Letra |
| 3. | Letra |

Atentamente,

Firma: _____

Nombre: _____

Cédula: _____

Asociado: _____

NOTA: Esta Solicitud es irrevocable, y solo puede ser suspendida con la autorización de la JUNTA DE DIRECTORES. La falta de pago de dos cuotas, dará derecho a la Cooperativa de Ahorro y Crédito UNACHI; R.L. (COOPEUNACHI; R.L.) para exigir su pago por descuento directo.

ANEXO 1

DEL CONTRATO GENERAL DEL SERVICIO DE APC BURO, S.A.

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

Yo, _____ con cédula de identidad personal número _____ por este medio otorgo mi consentimiento para que _____ consulte las referencias que mantengo en la base de datos de APC BURO, S.A. , en la base de datos de la ASOCIACIÓN PANAMEÑA DE CRÉDITO (APC) o en la base de datos de cualquier otra agencia de información de datos sobre el historial de crédito de consumidores o clientes, así como también para que consulte a dichas entidades los resultados de cualquier análisis o tratamiento de dichos datos que surjan de mi historial de crédito.

Igualmente, otorgo mi consentimiento a la _____, para que se recopile, comparta, transmita y suministre a APC BURÓ, S.A., a la ASOCIACION PANAMEÑA DE CREDITO (APC) o cualquier otra agencia de información de datos sobre el historial de crédito que mantenga con el agente económico denominado _____.

Autorizo a la APC BURO, S.A., a la ASOCIACIÓN PANAMEÑA DE CRÉDITO (APC) y a cualquier otra agencia de información de datos sobre el historial de crédito de consumidores o clientes que mantenga información del suscrito para que suministre la información sobre el historial de crédito a aquellos agentes económicos que la soliciten conforme lo establecido en la ley vigente.

Autorizo a APC BURO, S.A., a la ASOCIACIÓN PANAMEÑA DE CREDITO (APC) y a cualquier otra agencia de información de datos sobre el historial de crédito de consumidores o clientes a consultar con mi total consentimiento el sistema de verificación de identidad (SVI) del Tribunal Electoral con el objetivo de validación de mis datos de identificación.

FIRMA DE AUTORIZACIÓN

CÉDULA



**SEGUROS
FEDPA, S.A.**

"La Fuerza Protectora"
100% Panameña



SSFP
SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS
Y REASEGUROS DE PANAMÁ

CALLE 50 Y ESQUINA CON CALLE COLOMBIA, CASA # 26,
TELEFONOS: 340-5400 FAX: 264-9069 264-4205
Suc. Las Tablas, Telefax: 994-7384 Suc. David - Chiriquí, Telefax: 774-7626 / 28
Suc. Santiago, Telefax: 998-1132 Suc. Penonomé, Tels.: 997-9976 Fax: 997-9970
Suc. Colón, Tels.: 441-9714 / 4838 / 6249 Suc. Chorrera, Tel.: 244-4028 / 7669
Sucursal Chitre, Teléfono: 996-3830 Telefax: 996-3838

- Colectivo de Vida
 Protección de Préstamos
 Protección de Degravamen

MONTO: _____

PLAZO: _____

PRÉSTAMO NUEVO REFINANCIAMIENTO

CERTIFICO QUE LAS RESPUESTAS ABAJO ANOTADAS SON VERDADERAS Y COMPLETAS Y SE OFRECEN PARA LOS EFECTOS DEL SEGURO. ESTOY DE ACUERDO EN QUE SI CUALESQUIERA DE LAS RESPUESTAS SON FALSAS O ESTÁN INCOMPLETAS NO HABRÁ SEGURO Y ESTA COBERTURA NO ENTRARÁ EN VIGOR

DECLARACIÓN DE SALUD

I- Datos Generales

Nombre de la Cooperativa: _____
Nombre del Solicitante: _____ Fecha Nac: _____ Edad: _____
Dirección del Solicitante: _____ Masculino Femenino
Cédula del Solicitante: _____ Estatura: Cms. _____ Mts.: _____ Libras: _____
Ocupación: _____

II. Historia Médica:

A. Información General

- | | Sí | No |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 ¿Goza usted de buena salud actualmente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 ¿Ha consultado a un médico en los últimos cinco años? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 ¿Ha estado alguna vez hospitalizado o ha sido alguna vez sometido a intervención quirúrgica? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 ¿Tiene ud que someterse a una operación quirúrgica o cualquier otro tratamiento que requiera hospitalización en un futuro cercano? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 ¿Alguna vez, su seguro de vida o saldo deudor ha sido rechazado o recargado? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

B. Información Específica

- | | Sí | No | | Sí | No |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1.- ¿Padece de enfermedad del corazón o tiene presión alta o baja? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 11.- ¿Alguna vez ha sido diagnosticado por Cataratas, glaucoma, pterigion, chalazion, ceguera parcial o total o cualquier otra alteración de los ojos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.- ¿Padece de enfermedades pulmonares? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 12.- Tiene algún problema de salud, lesión, enfermedad, incapacidad o deformidad no que no se haya mencionado en esta sección? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.- ¿Padece de reumatismo, artritis o cualquier enfermedad de los huesos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 13.- ¿Está usted embarazada? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.- ¿Padece de enfermedades mentales o de los nervios o epilepsia? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 14.- ¿Cuántos meses de embarazo? | _____ | _____ |
| 5.- ¿Padece de enfermedades de los riñones la vejiga o la próstata? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 15.- ¿Ha tenido algún embarazo anormal, aborto? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.- ¿Padece o ha padecido de cáncer o tumor canceroso? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 16.- ¿Ha tenido alguna enfermedad del seno, útero o Ovarios? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7.- ¿Padece de diabetes, gota, bocio? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 17.- ¿Fuma? Cuántas cigarrillos, puros, tabaco al día? _____ | | |
| 8.- ¿Padece del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o del complejo relacionado al SIDA (AIDS)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 18.- Ingiere licor? Indique la frecuencia. _____ | | |
| 9.- ¿Padece de úlceras o alteraciones digestivas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 19.- Toma algún medicamentos? _____ | | |
| 10.- ¿Padece de desordenes de la espalda, columna cervical? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | De el nombre: _____ | | |

III. Si ha contestado afirmativamente a cualquiera de las preguntas arriba listadas, favor detallar, Fechas y Diagnóstico

IV. AUTORIZACIÓN A MI MEDICO DE CABECERA Y A LOS HOSPITALES

Este formulario (o copia fotostática del mismo) los autoriza a ustedes a dar a SEGUROS FEDPA, S.A. Cualesquiera información que ustedes tengan en relación a mi historia médica, clínica, diagnósticos médicos, tratamientos o de laboratorios y sus conclusiones.

Expresamente renunció a nombre mio y de cualquier persona que pueda tener interés en cualquier póliza emitida en virtud de este seguros, a cualesquier provisiones de la Ley que prohíban a cualquier médico u oficial o empleado de hospital, o a otra persona que en el pasado me haya atendido o examinado a quien de aquí en adelante pudiera atenderme o examinarme, o a quien haya consultado o pudiera haber consultado, a revelar cualquier información sobre mi estado de salud y a dar testimonio sobre la misma, expresamente autorizo a dichas personas a revelar la información médica solicitada.

Por el presente documento se entiende que una vez suscrita la solicitud o/y pago de la prima correspondiente, consiento que SEGUROS FEDPA, S.A. pueda recolectar, procesar, almacenar, administrar, transmitir y/o utilizar (Tratamiento de los Datos), toda la información relacionada o que pueda asociarse a mi (Datos Personales), para obtener información de cualquiera y todas las fuentes a su alcance, incluyendo entidades de derecho privado y público bajo la jurisdicción de las leyes de la República de Panamá o de cualquier otro país que pueda llevar a cabo una correcta evaluación del riesgo, objeto de la relación contractual o por reclamación como terceros afectados; así como para sea utilizada bajo los términos consignados en la política de protección de datos señalados mediante enlace <https://www.segfedpa.com/Documentos/POLITICAS-DE-PROTECCION-DE-DATOS.pdf>

Fecha: _____ Firma: _____

Analista: _____