



# FORMULARIO DE SOLICITUD DE CREDITO (Hasta el total del aporte)

COOP-FSC

F-01

TIPO DE CREDITO: CONSUMO

## 1. DATOS DE LA SOLICITUD CREDITICIA EN Bs.

| FECHA DE SOLICITUD | MONTO SOLICITADO | PLAZO EN MESES | DESTINO DEL CREDITO | CUOTA SOLICITADA POR EL TITULAR EN Bs. |
|--------------------|------------------|----------------|---------------------|----------------------------------------|
|                    |                  |                |                     |                                        |

## 2. DATOS DEL SOLICITANTE

| APELLIDO PATERNO                    |  | APELLIDO MATERNO O DE CASADA |              | NOMBRES                 |  |
|-------------------------------------|--|------------------------------|--------------|-------------------------|--|
|                                     |  |                              |              |                         |  |
| DIRECCION DE DOMICILIO              |  | ZONA                         | CUIDAD       | DEPARTAMENTO EN BOLIVIA |  |
|                                     |  |                              |              |                         |  |
| CORREO ELECTRONICO PARTICULAR       |  | NUMERO DE C.I.               | NACIONALIDAD | N° DE CUENTA DE PRODEM  |  |
|                                     |  |                              |              |                         |  |
| CORREO ELECTRONICO INSTITUCIONAL    |  | AGENCIA Y /O AREA            |              | CARGO                   |  |
|                                     |  |                              |              |                         |  |
| N° DE CELULAR PERSONAL CON WHATSAPP |  | N° DE CELULAR WIN            |              |                         |  |
|                                     |  |                              |              |                         |  |

## 3. AUTORIZACION DE DESCUENTO

En mi calidad de miembro de la Cooperativa de Crédito Laboral "La CONFIANZA" R.L., autorizo a Recursos Humanos de BANCO PRODEM S.A. realizar el descuento mensual de mi salario básico a favor de la Cooperativa, para pagar las cuotas de amortización de mi crédito durante el tiempo establecido en el plan de pagos adjunto.

## 4. SEGURO DE DESGRAVAMEN

El seguro de desgravamen cobertura en caso de muerte o invalidez parcial y/o total permanente de sus asociadas(os). El costo de la prima individual correspondiente a la cobertura de Deuda por muerte o invalidez y/o total permanente sera pagado por el (los) DEUDORES(ES) como parte de las cuotas de credito, de acuerdo con el plan de pagos entregado (a los) DEUDOR (RES)

El seguro de desgravamen es voluntario por lo que se solicita la aceptación del mismo.

Marque SI en aceptación y NO para rechazar:

SI

☐

NO

☐

## 5. FIRMAS

✓ La Cooperativa de Crédito Laboral La Confianza R.L. será propietaria exclusiva de toda la información que obtenga y no estará obligada a emitir información alguna, ni a restituir los antecedentes que se hubiera recopilado en el curso de las investigaciones al solicitante y que se hayan adjuntado a este formulario.

✓ Declaro que la información proporcionada es verídica, cierta y exacta, reconociendo el presente documento como declaración jurada para todos los efectos legales.

✓ Me comprometo a comunicar cualquier variación, gravamen o restricción de dominio que experimente el patrimonio declarado y/o la información consignada.

✓ Con el fin de considerar la presente solicitud de crédito y por el tiempo que dure mi relación crediticia con la Cooperativa de Crédito Laboral La Confianza R.L. autorizo expresamente a la misma, a recabar sin restricción alguna todo tipo de información las veces que a su juicio considere necesaria y por cualquier medio. De manera especial de la Central de Información de Riesgo Crediticio (CIRC) de la Autoridad de Supervisión del Sistema Financiero (ASFI), los Burós de Información Crediticia (BIC), juzgados, empresas comerciales, Bancos, personas particulares y otros.

FIRMA DEL SOLICITANTE

NOMBRE:

C.I.:

## 6. APROBACION (PARA USO EXCLUSIVO DE LA COOPERATIVA-NO LLENAR)

| TIPO DE PRODUCTO      |  |
|-----------------------|--|
| MONTO APROBADO BS.    |  |
| PLAZO (MESES)         |  |
| FRECUENCIA DE PAGO    |  |
| TIPO DE CUOTA         |  |
| SEGURO DE DESGRAVAMEN |  |
| TASA DE INTERES ANUAL |  |
| FECHA DE APROBACION   |  |

## ANALISIS DE LA CAPACIDAD DE PAGO-RECOMENDACIONES U OBSERVACIONES

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Los desembolsos se podrán realizar desde el 1 al 28 de cada mes; sin embargo los desembolsos asociados a un refinanciamiento unicamente se aplicara desde el día 1 al 20 de cada mes, esto porque se debe cumplir con el cronograma en la presentación de descuentos al banco.

## 7. INSTANCIA DE APROBACION

REVISADO POR:

APROBADO POR:

VoBo:

ASESOR DE CREDITOS

INSTANCIA DE APROBACION

CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN