

SOLICITUD



MC BCFCU: 8.99% EN COMPRAS; 9.90% EN ADELANTOS; \$0 CUOTA ANUAL



Nombre:	Cuenta #:	Fecha:	Estado Civil:
Dirección física:	Dirección Postal:	Pago mensual de residencia <input type="checkbox"/> Propia \$ _____ <input type="checkbox"/> Rentada \$ _____ <input type="checkbox"/> Familia \$ _____	<input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> No Casado(a) (Soltero (a); Viudo (a); Divorciado(a)) <input type="checkbox"/> Separado (a)
Fecha nacimiento: Seg. soc #:	Lic. de Conducir: Tel/cel:	Años viviendo en dirección física: _____	
Lugar de Trabajo:	Años en el trabajo :		
Posición:	Ingreso Mensual:		
Dirección del trabajo:	Telefono/Ext./ Fax	E-mail	
Tiene cuenta de Banco: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Cuenta #:	Tipo de cta.: <input type="checkbox"/> Ahorro <input type="checkbox"/> Cheques <input type="checkbox"/> Otras	
Nombre del Banco:	Tel.	Dirección	
Familiar cercano q. no viva con usted	Tel.	Dirección Postal	
Dirección física	Relación:		
Nombre Del Co-Applicante:	Fecha nacimiento:	Seg. Soc #:	
Dirección Postal:	Lic. de conducir:	Tel/ cel:	
Dirección física:	casa: <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Rentada <input type="checkbox"/> Familia	Pago mensual:	años: _____
Lugar de trabajo:	Años en el trabajo:	Dirección Del Trabajo:	
Teléfono: ext.	Ingreso Mensual:		
Nombre Del Banco:	Cuenta #	Tipo de Cuenta: <input type="checkbox"/> Ahorro <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Otro	
INFORMACION ADICIONAL:	SOLICITANTE:	CO- SOLICITANTE:	
Es usted ciudadano Americano?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Se ha declarado en quiebra, o ha estado bajo un plan de pago confirmado de quiebra 13, o le han repositado o ejecutado una propiedad en los últimos 7 años. Ha sido parte de una demanda civil?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Es usted co-deudor o garantizador en algún préstamo: A Quien/ para Quien?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Es usted miembro de Borinquen Community FCU	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Desea el Seguro para la MC? (Opcional) Sencillo <input type="checkbox"/> Conjunto <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

- Para cualificar para el seguro de vida, debe tener entre las edades de 18 to 69 años. Usted autoriza a BCFCU a proveerle al asegurador el MC#, el balance mensual de su estado de cuenta y otra información necesaria. Autoriza al asegurador a cargarle a su cuenta der MC las primas mensuales. Habrá un costo de seguro por cada \$100 de balance mensual pendiente en su línea de crédito.
- IMPORTANTE: Para ayudar al Gobierno a luchar contra el terrorismo y las actividades ilegales de lavado de dinero, La Ley Federal requiere que todas las instituciones financieras a obtener, verificar y registrar información que identifique a cada persona que abra una cuenta nueva
- Al someter esta solicitud, autorizo a BCFCU a obtener el reporte de crédito en relación con esta solicitud de crédito, para aprobación, cualquier aumento, renovación, extensión y/o cobro del crédito recibido. Entiendo que es un Crimen Federal proveer deliberadamente información incompleta y/o falsa en las solicitudes de crédito y préstamos a las cooperativas federales aseguradas por NCUA. El uso de esta tarjeta constituye el recibo y acuerdo a los términos y condiciones del contrato de la tarjeta de crédito. Certifico que toda la información en esta solicitud está completa y es verdadera. Me comprometo a notificar inmediatamente a BCFCU por escrito de haber cualquier cambio importante. Firma solicitante: _____ Co-solicitante: _____

Para Uso oficial de BCFCU: fecha _____; Aprobada MC #: _____; \$ _____ Denegada