

P.O. BOX 22325  
 SAN JUAN, PUERTO RICO  
 00931-2325  
 TEL. 787-250-7401  
 FAX 787-751-1606



## Solicitud de Cuenta-Ingreso

Use letra de molde o maquina

Sujeto a las disposiciones de las Cláusulas de Incorporación, al Reglamento y a las enmiendas a dichas Cláusulas y Reglamentos, de la Cooperativa de Ahorro y Crédito de la UPR, solicito la apertura de la(s) siguiente(s) cuenta(s):

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Acciones (socio)               | <input type="checkbox"/> Certificado de Depósito (CD) | <input type="checkbox"/> Pinos de otoño |
| <input type="checkbox"/> Depósito                       | <input type="checkbox"/> Super Now                    | <input type="checkbox"/> Otra _____     |
| <input type="checkbox"/> Tarjeta ATH ( Llenar Convenio) | <input type="checkbox"/> Navicoop                     | <input type="checkbox"/> Otra _____     |
| <input type="checkbox"/> Veracoop                       | <input type="checkbox"/> Universitines                |   |

PARTE I INFORMACION DEL SOLICITANTE							
NOMBRE INICIAL APELLIDOS		SEXO	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> NO CASADO <input type="checkbox"/> SEPARADO	NÚMERO DEPENDIENTES	SEGURO SOCIAL		
FECHA DE NACIMIENTO DIA MES AÑO		TIPO DE IDENTIFICACIÓN : <input type="checkbox"/> LICENCIA CONDUCIR <input type="checkbox"/> OTRO: _____		RECINTO	FACULTAD		
DIRECCIÓN RESIDENCIAL		LUGAR DE EMISIÓN: NÚMERO: EXPIRACIÓN:		DIRECCIÓN POSTAL			
TELÉFONO: ( ) -		TELÉFONO CELULAR ( ) -		LUGAR Y DIRECCIÓN DE TRABAJO			
TELÉFONO: ( ) -		SUPERVISOR INMEDIATO		OCUPACIÓN		INGRESO MENSUAL \$	
PARTE II INFORMACION CO-SOLICITANTE							
NOMBRE INICIAL APELLIDOS		SEXO	ESTADO CIVIL	NÚMERO DEPENDIENTES	SEGURO SOCIAL		
FECHA DE NACIMIENTO DIA MES AÑO		TIPO DE IDENTIFICACIÓN : <input type="checkbox"/> LICENCIA DE CONDUCIR <input type="checkbox"/> OTRO: _____		RELACIÓN CON SOLICITANTE			
DIRECCIÓN RESIDENCIAL		LUGAR DE EMISIÓN: NÚMERO: EXPIRACIÓN:		DIRECCIÓN POSTAL			
TELÉFONO: ( ) -		TELÉFONO CELULAR ( ) -		LUGAR Y DIRECCIÓN DE TRABAJO			
TELÉFONO: ( ) -		SUPERVISOR INMEDIATO		OCUPACIÓN		INGRESO MENSUAL \$	
DESEO AUTORIZAR A OTRAS PERSONAS A REALIZAR TRANSACCIONES BAJO ESTA CUENTA.				<input type="checkbox"/> SI ( LLENAR ANEJO-A ) <input type="checkbox"/> NO			
FIRMA SOLICITANTE		FECHA		NÚMERO DE CUENTA			
FIRMA CO-SOLICITANTE		FECHA		NÚMERO CUENTA DE CHEQUES			

PARA USO DE LA COOPERATIVA

CLASIFICACIÓN:  H  M  L

OFAC REVISADO POR: \_\_\_\_\_

CUENTA NUEVA

INICIALES

DEPÓSITO INICIAL: \$ \_\_\_\_\_

CHEQUE  EFECTIVO  OTRO \_\_\_\_\_

APROBADA POR: \_\_\_\_\_

FIRMA

FECHA(DD-MM-YY) \_\_\_\_\_

REVISADO POR: \_\_\_\_\_

FIRMA

FECHA(DD-MM-YY) \_\_\_\_\_