**** **SOLICITUD DE PRESTAMO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DIA | MES | AÑO |
|  |  |  |

FECHA:

### IDENTIFICACIÓN DE SOLICITANTE

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

Apellido paterno Apellido materno Nombres

Anexo Teléfono móvil: Depto.

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Grado | RUT | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| División: | Mail: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **PRÉSTAMOS ORDINARIOS:** | Son Préstamos en dinero efectivo por un monto máximo de $ 100.000  y que se descontará por planilla, en un plazo máximo de 10 meses. Este préstamo incluye un gasto asociado, al un 10% del monto prestado. Sólo en casos excepcionales se otorgará un segundo Préstamo al Asociado(a) que tenga un Préstamo sin saldar, este nuevo préstamo será en dinero efectivo por un monto máximo de $150.000, el que incluirá la refinanciación del Préstamo pendiente, el que no podrá exceder del 50% del Préstamo original. De no ser así, no se cursará el nuevo Préstamo |

Monto Solicitado Nº de Cuotas Descuento a contar del mes de

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **PRESTAMO EXTRAORDINARIO:** | Son Préstamos en dinero efectivo por un monto máximo de $ 50.000, cuyo objetivo es apoyarlos para enfrentar gastos extraordinarios y urgentes, y que se descontará por planilla, en un plazo máximo de 5 meses. Este préstamo incluye un gasto asociado, a un 10% del monto prestado.  Para cursar este Préstamo, se solicitará documentación que respalde la urgencia. |

Monto Solicitado Nº de Cuotas Descuento a contar del mes de.

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

Requisitos:

* 3 meses de antigüedad en **AFUMINSAL**
* Estar al día en pago de sus cuotas

El (la) Asociado(a) deberá presentar una Solicitud a la Directiva de la AFUMINSAL en **original**.

### IDENTIFICACIÓN DE CODEUDOR

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

Apellido paterno Apellido materno Nombres

Anexo Teléfono móvil: Depto.

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Grado | RUT | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| División: | Mail: |

|  |  |
| --- | --- |
| **Yo, codeudor del presente préstamo me hago responsable a través de mi firma y acuerdo estar en conocimiento, que de no ser cancelada la deuda por el socio/a del AFUMINSAL, deberé asumir la morosidad desde el primer mes en que el socio/a, no**  **realice el pago correspondiente de este préstamo otorgado por la Asociación, y autorizo**  **a que se descuente por planilla las cuotas correspondientes, en caso de no poder cancelar**  **por medio de descuento por planilla, mi obligación será cancelar en forma directa.**   |  | | --- | |  |   **FIRMA CODEUDOR** |

|  |
| --- |
|  |

**FIRMA SOCIO/A**