



HC 02 Box 7873
Camuy P.R. 0627
Tel. 787-898-7979
Fax. 787-262-2604

e-mail: gda@quebradacoop.com
Web Page: www.quebradacoop.com

AUTORIZACIÓN PARA TRANSACCIONES ELECTRÓNICAS ACH
ACUERDO DE AUTORIZACIÓN PARA PAGO DIRECTO A TRAVÉS DE LA CÁMARA DE COMPENSACIÓN AUTOMÁTICA (ACH DEBIT)

Autorizo (amos) a la Cooperativa de Ahorro y Crédito _____, de aquí en adelante identificado como la Coop, para iniciar la(s) entrada(s) de débito, ajustes o reversos a mi (nuestra) cuenta bancaria abajo indicada, la cual está en la institución financiera depositario nombrada más adelante, en lo sucesivo identificada como EL DEPOSITARIO, y a realizar los débitos correspondientes a la mencionada cuenta.

INFORMACIÓN DEPOSITARIO Transacción Sencilla: _____ Transacción Periódica: _____

Nombre del cliente: _____	SS#: _____
Dirección Postal: _____	
Ciudad: _____	Zip Code: _____ Tel/Cel: _____
Fecha de Nacimiento: _____	Número de cuenta o de Socio: _____
Número de identificación (licencia o electoral): _____	
Propósito para la transferencia: <input type="checkbox"/> Acciones <input type="checkbox"/> Préstamos <input type="checkbox"/> VeráCoop <input type="checkbox"/> MC <input type="checkbox"/> NaviCoop	

Nombre de la Institución: _____	
Dirección de la Institución: _____	Tel.: _____
Número de Ruta/Tránsito: _____	Número de cuenta: _____
Cantidad: \$ _____	Fecha para la(s) transacción (es): _____
Término: _____	Frecuencia: _____
Tipo de Cuenta: () Cheque () Ahorros Tipo de Transacción: () Débito () Crédito	

Esta autorización se mantendrá vigente hasta tanto la Cooperativa y EL DEPOSITARIO reciban una notificación escrita de mi (o uno de nosotros) con algún cambio o cancelando la misma, disponiéndose que dicha notificación debe recibirse con treinta días de antelación a dicha cancelación para poder brindarle a la Cooperativa y a EL DEPOSITARIO la oportunidad de tomar acción al respecto. Favor de incluir copia de un cheque de la cuenta de EL DEPOSITARIO u original con la palabra "ANULADO", para invalidar el mismo.

La Cooperativa cobrará un cargo de \$10.00 por cada transacción devuelta por fondos insuficientes o no disponibles. Se debitará de su cuenta de ahorros o se puede cobrar por originación.

La Cooperativa de Ahorro y Crédito _____, se reserva el derecho de cancelar este servicio y/o cualquier otro beneficio concedido en productos de financiamiento, como resultado de suscribirse al servicio de ACH sea Pago Directo y/o Depósito Directo, si el cliente no cumple favorablemente con el manejo de su cuenta o incumple con los términos y condiciones de la cuenta establecida. Luego de la segunda (2da) devolución por fondos insuficientes o no disponibles se discontinuará el proceso de este descuento. A partir de ese momento el socio será responsable de hacer sus pagos con cupón.

~~Toda transacción devuelta por no autorizada o revocada resultará en la cancelación del servicio de descuento automático y el cliente será responsable de los pagos pendientes.~~

Firma Socio: _____ Fecha: _____



Sus Acciones y Ahorros Asegurados hasta \$250,000.00 por COSSEC



HC-02 Box 7873, Camuy, PR 00627
Tel. (787) 898-7979
Fax. (787) 898-2171 (Adm.)
Fax. (787) 262-2604 (Prést.)
e-mail: gda@quebradacoop.com
Web Page: www.quebradacoop.com

AUTORIZACION PARA PAGO DIRECTO

Nombre del Cliente _____

Fecha _____

Número de Cuenta _____

Por la presente, autorizo a Quebrada Coop. a que descuenta mensualmente de mi balance en _____ de la cuenta arriba indicada la cantidad de \$ _____ comenzando el _____ para ser aplicado a mi préstamo según detalle a continuación:

ACCIONES	\$ _____
PRESTAMO # _____	\$ _____
SEGUROS	\$ _____
TOTAL	\$ _____

Firma del Cliente _____

Firma del Oficial de Quebrada Coop. _____

Original: Para el Expediente, Copia Para El Cliente, Copia para Oficial Quebrada Coop.
Nota: Para discontinuar Transferencia se llenará la misma Forma con todos los espacios con cero.



Sus Acciones y Depósitos Asegurados por COSSEC hasta \$250,000.00, no por el Gobierno Federal.