

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL DE LOS EMPLEADOS DE LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS



CONTRATO DE CREDITO DE CONSUMO

Tegucigalpa M.D.C. _____

NUMERO DE SOLICITUD

Nombre _____ Edad _____
Fecha de Nac. ___/___/___ No. de Ident. _____ - _____ - _____ Profesión _____
Dirección: _____
Telefono _____

REFERENCIA PERSONAL

Nombre completo _____
Direccion: _____ Tel. _____

ANALISIS DE CREDITO

Crédito Tipo _____ Sueldo/Jubilación L. _____
Monto L. _____ Cuota Nueva L. _____
Plazo _____ Meses Otras Deducciones L. _____
Tasa de Interés _____ % Total Deducciones L. _____
CAT _____ % Sueldo/Jubilación Neta L. _____
Saldo Crédito Anterior L. _____ Nivel de Endeudamiento _____ %

NOMBRE ATENCION AL CLIENTE

FECHA ___/___/___

NOMBRE ANALISTA DE PRÉSTAMOS

FECHA ___/___/___

Observaciones: _____

BENEFICIOS

Tiempo de Laborar ___/___/___ No. De Afiliación _____ No. De Empleado _____
Activo Aportaciones L. _____ Intereses L. _____
Jubilado/Pensionado Beneficio por Muerte L. _____
Monto de Jubilación / Pensión Mensual L. _____

Nombre y Firma Beneficios

TRANSFERENCIA DEL MONTO APROBADO A CUENTA BANCARIA (ADJUNTAR FOTOCOPIA DE LIBRETA)

BANCO _____ No. DE CUENTA _____

Condiciones en que se otorga el Préstamos:

1. Los créditos de consumo estarán garantizados por el 100% de las aportaciones más los Intereses del Prestatario, las prestaciones sociales, Cesantía, pagaré y otros.
2. Será responsabilidad del prestatario el pago mensual de la cuota, en caso que el ente que realiza las deducciones no le deduzca la cuota respectiva o le deduzca parcialmente la misma, el prestatario se obliga a pagar directamente por ventanilla las cuotas correspondientes o el valor pendiente para complementar la cuota, aun cuando no haya sido notificado por parte del INPREUNAH, el no cumplimiento de lo anterior implica que el crédito caerá en mora, la que debe ser cancelada por el prestatario.
3. En caso que el Prestatario sea afiliado activo y se retire o separe del sistema antes de completar el pago del crédito de consumo, el saldo pendiente de pago se le deducirá del total de las cotizaciones o del monto que le corresponda por la prestación de separación o cualquier otra prestación laboral a que tenga derecho, entregándole el remanente si lo hubiere.
4. A partir del primer mes de atraso en el pago de su cuota normal, el Prestatario deberá cancelar por concepto de **mora el 2% mensual** sobre las cuotas vencidas para créditos de consumo.
5. La falta de pago de **tres cuotas** en los créditos de consumo, de afiliados que han dejado de cotizar; dará lugar que el INPREUNAH, afecte de oficio las aportaciones e Interés a que tenga derecho y amortizarlas a los créditos que tenga vigente, entregándole el remanente si lo hubiere.
6. El Prestatario que solicite un crédito y al momento de llenar el **formulario de salud** o del seguro de vida no declare las enfermedades graves y pre-existentes, declare datos inexactos u omite información y falleciere dentro de los primeros 12 meses de estar pagando el préstamo el saldo pendiente será cobrado a sus beneficiarios.

Fecha ___/___/___

GERENTE DE CRÉDITOS

FIRMA AFILIADO

FIADOR SOLIDARIO

DATOS DEL AVAL

Profesión: _____ Nombre : _____
Fecha De Nac. ____/____/____ No. De Ident. ____/____/____ Tel. _____
Dirección: _____
_____ Unidad que pertenece _____

PARA USO EXCLUSIVO DEL INPREUNAH

Tiempo de cotizar ____/____/____ No. De Sistema _____ No. Empleado _____
1- Separación L. _____ 2- Pensión por Jubilación L. _____
3- Prestación por Muerte L. _____ 4- Pensión por Invalidez L. _____
5- Otros L. _____

Firma y Sello Afiliación

Queda entendido que por el hecho de servir de AVAL RESPONDO DE MANERA SOLIDARIA Y SUBSIDIARIA DE LA OBLIGACION ANTERIORMENTE ESTIPULADA, ASI MISMO GARANTIZO INCONDICIONALMENTE A FAVOR DEL INPREUNAH EL PAGO INMEDIATO DEL SALDO DE LA OBLIGACION JUNTO CON LOS INTERESES Y LA MORA QUE SE PUEDA GENERAR HASTA EL COBRO TOTAL DE LA CANTIDAD ADEUDADA DE CUALQUIERA DE LOS BENEFICIOS A QUE TENGO DERECHO EN EL INSTITUTO.

Sueldo nominal L. _____
Cuota crédito nuevo L. _____
Otras deducciones L. _____
Total deducciones L. _____

NOMBRE ATENCION AL CLIENTE

NIVEL DE ENDEUDAMIENTO _____ %

FECHA ____/____/____

Observaciones _____

FECHA ____/____/____

FIRMA

