

Formulario de Petición de Membrecía y Cambio de Cuenta



Cuenta - Uso exclusivo de EPCU

Nuevo Cambio Nombre Cambio Conjunto

Información Importante:

La Cooperativa de Ahorro y Crédito Federal EP, como todas las instituciones financieras, tiene obligación por ley de obtener, verificar y almacenar información identificadora de todos aquellos que abran una cuenta. Cuando usted abre cuenta con nosotros, le debemos pedir su nombre, dirección y otros datos que nos permitirán identificarle.

Si presenta este formulario por correo, por favor adjunte una copia de su documento de identidad no caducado. Es posible que nos pongamos en contacto con usted para pedirle información adicional, o que le pidamos una copia de su identificación confirmada ante notario.

Propiedad de Cuentas

Individual Cuenta Conjunta Para Menor

Información del Miembro Primario

Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Número de Seguridad Social	Fecha Nacimiento
Dirección			Ciudad	Estado y Código Postal
Dirección de envío (si se aplica)			Ciudad	Estado y Código Postal
Ocupación			Lugar de Nacimiento	No. Carnet de conducir/Estado/Fecha caducidad
Teléfono del hogar			Teléfono del Trabajo	Email

Criterio de Elegibilidad Como Miembro

Lugar de Trabajo del Miembro		
Nombre del Miembro patrocinador (si se aplica)	No. cuenta del patrocinador	Relación con usted

De acuerdo a la ley US PATRIOT y para mantener la seguridad en su cuenta, por favor díganos de usted:

- | | Sí | No |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Usará usted esta cuenta como su cuenta de ahorros y/o corriente principal?
De no ser así, ¿cuál será el propósito de esta cuenta? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Recibirá o enviará usted fondos desde/al extranjero usando esta cuenta?
De ser así, ¿en qué país vive el remitente/destinatario de tales fondos? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Pretende usted depositar o retirar más de \$5,000 en efectivo regularmente ?
¿De ser así, con qué frecuencia aproximadamente planea hacerlo? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Utilizará usted los servicios de banca en línea/pagos electrónicos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Recibirá usted depósitos electrónicos cuyo origen no sea su trabajo, fondo de retiro, o agencias del gobierno?
¿De ser así, qué procedencia tendrán tales fondos? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Información del Miembro Conjunto

Nombre completo del miembro conjunto	Número de Seguridad Social (SSN)	Fecha de Nacimiento
Dirección	Ciudad	Estado y Código Postal
No. de carnet de conducir/Estado/Fecha caducidad	Ocupación	
No. Teléfono Hogar	No. Teléfono Trabajo	
Nombre completo del miembro conjunto	Número de Seguridad Social (SSN)	Fecha de Nacimiento
Dirección	Ciudad	Estado y Código Postal
No. de carnet de conducir/Estado/Fecha caducidad	Ocupación	
No. Teléfono Hogar	No. Teléfono Trabajo	

Acuerdo de Cuenta Conjunta

La **Cooperativa de Ahorro y Crédito Federal EP** se halla autorizada por la presente a reconocer cualquiera de las firmas suscritas aquí para confirmar el pago de fondos o la transacción de cualquier tipo de negocio en esta cuenta. Al firmar, los socios conjuntos de la misma autorizan entre sí y para con la Cooperativa EPFCU que todas aquellas sumas, presentes y futuras, depositadas en estas cuentas de la Cooperativa por cualquier o todos los suscritos y todas las acumulaciones subsecuentes originadas por tales depósitos, son y serán propiedad de ambos, bajo propiedad compartida, con derecho de supervivencia, y sujetas al retiro o recibimiento de cualquiera de estos miembros, y que el pago de las mismas al/a

los superviviente(s) es válido, eximiendo así a la Cooperativa EPFCU de cualquier responsabilidad en caso del desembolso de las mismas.

Cada y todo uno de los miembros conjuntos puede utilizar cualquier o todas las sumas depositadas en la Cuenta de Ahorro como aval para uno o varios préstamos.

El derecho o autoridad de la Cooperativa EPFCU bajo este acuerdo no será alterado ni finalizado por los miembros suscritos, o cualquiera de ellos, sin expresa autorización escrita a la Cooperativa, la cual no afectará cualquier actividad anterior a dicha autorización.

Certificación del Numero de Identificación Fiscal e Información de Retención Optativa

Bajo pena de perjurio certifico que:

(1) El número que parece en este formulario es mi Número de Identificación Fiscal correcto (o estoy a la espera de que se me conceda uno), y

(2) No estoy sujeto a retención optativa porque: (a) estoy exento de retenciones optativas, o (b) el Fisco Estadounidense (IRS) no me ha notificado que vaya a ser sujeto a retención optativa por haber fallado en el compromiso de declarar todos los intereses o dividendos, o (c) el Fisco Estadounidense (IRS) ha sido notificado que ya no estoy sujeto a retención optativa, y

(3) Soy un ciudadano estadounidense u otra persona inscrita en EEUU. Para propósitos del Fisco Estadounidense, usted es una persona inscrita en los EEUU si es: una persona ciudadana de los EEUU o un residente inscrito legalmente; una asociación, corporación, compañía o empresa creada u organizada en los EEUU o siguiendo las leyes de los EEUU; un fideicomiso; o un fideicomiso nacional (tal y como se establece en la Normativa 301.7701.7)

(4) El/Los código(s) FATCA registrado(s) en este formulario, de así hacerse, indican que estoy exento de declarar a FATCA.

Exenciones (vea Formulario Fiscal W-9 para instrucciones)

Código de exención de pago (si existe) número: _____

Código para la exención de FATCA (si existe): _____

Instrucciones de certificación. **Retención Optativa:** marque la casilla si usted en la actualidad está sujeto a retención optativa de acuerdo a la normativa Sección 3406(a)(1)(C) del Fisco Estadounidense (IRS) y tache la sección 2 de este apartado si el Fisco Estadounidense le ha notificado que en la actualidad va a estar sujeto a retención fiscal porque en el pasado no ha declarado sus intereses y dividendos adecuadamente en la declaración de impuestos.

Tache la sección **3** y complete el formulario W-8 BEN si usted es extranjero no residente.

Firma _____

Fecha _____

Tipo de Cuenta

Servicios Adicionales

- Cuenta de Ahorro Miembro (depósito inicial de \$10 **obligatorio**)
- Cuenta Corriente (de Cheques)
- Cuenta Mercado Monetario (depósito mínimo \$1,000)
- Cuenta de Ahorro uChoose (depósito mínimo \$5)

- Sistema Audio-respuesta (Connie)
- Banca en línea
- Estados de cuenta electrónicos
- Tarjeta de débito Visa Check Card
- Tarjeta de débito Visa Check Card conjunta

Servicio de Sobregiro

- Deseo** que la Cooperativa EPFCU autorice y pague sobregiros causados por mi tarjeta de Cajero ATM y mis transacciones diarias de Visa Check Card (**por favor complete el formulario Selección de Servicio de Sobregiro**)
- No deseo** que la Cooperativa EPFCU pague ni autorice sobregiros causados por mis tarjetas de cajero automático o Visa Check Card.

Firmas

Al firmar yo/nosotros aceptamos los términos y condiciones descritos en el Acuerdo de Membrecía y Cuenta, el Aviso sobre la Veracidad en el Ahorro, los Estatutos, la Política de Disponibilidad de Fondos y cualquier enmienda a los mismos que la Cooperativa EPFCU haga a su discreción. Declaro/amos el recibo de los acuerdos y avisos relacionados con las cuentas y servicios que he/mos obtenido de acuerdo a este formulario. Acuerdo/acordamos que la Cooperativa tiene derecho a usar una agencia de crédito o terceros para verificar nuestra información con el propósito de proveer servicios. Acepto/amos que la Cooperativa puede informar a terceros sobre su experiencia conmigo/con nosotros y obtener información sobre mi/nosotros sobre mi/nuestro historial de crédito y pagos. Si lo deseo/amos podemos pedir de la Cooperativa EPFCU el nombre y dirección de cualquier agencia de crédito a través de la cual hayan pedido informe(s) sobre mi/nosotros. Asimismo declaro/amos por la presente que calificamos al campo de asociación y membrecía de EPFCU. Si se otorga un servicio electrónico o tarjeta, yo/nosotros certificamos también el recibo del Acuerdo y Avisos sobre las Transferencias de Fondos Electrónicas. Acuerdo/acordamos que de ser inscrito(s) al Sistema de Pagos Electrónicos Bill Payer soy/somos plenamente responsable(s) por todos los pagos hechos desde mi/nuestra cuenta chequera corriente. Este acuerdo sobrepasa cualquier acuerdo de cuenta anterior. **El Servicio Fiscal estadounidense (IRS) no necesita su consentimiento sobre ninguna condición de este documento excepto la certificación necesaria para evitar la retención optativa.**

X

Firma del Miembro Principal

Fecha

X

Firma del Miembro Conjunto

Fecha

X

Firma del Miembro Conjunto

Fecha

For Credit Union Use Only

Date of New Account	Opened by
Teller #	Risk Rating #
<input type="checkbox"/> new account note <input type="checkbox"/> card ordered <input type="checkbox"/> e-statements <input type="checkbox"/> checks ordered <input type="checkbox"/> audio response/online <input type="checkbox"/> OP opt-in	
<input type="checkbox"/> adverse action (if applicable) <input type="checkbox"/> membership eligibility <input type="checkbox"/> membership deposit	
Membership Officer/Quality Control	