



PO Box 42003 San Juan, PR 00940-2203

OFICINA DE TECNOLOGÍA DE INFORMACIÓN  
**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN**

*SERVICIOS EN LÍNEA*  
Banco Cooperativo y/o Cooperativas de Ahorro y Crédito

**SECCIÓN I. FINALIDAD DEL DOCUMENTO**

Al firmar este formulario de consentimiento, usted autoriza a la Administración de los Sistemas de Retiro de los Empleados del Gobierno y la Judicatura a divulgar sus datos demográficos, lugar de empleo, ingreso, aportaciones, años de servicio, deudas contraídas en nuestro Sistema y/u otro dato que sea necesario. Los mismos serán utilizados por la Entidad para la cual se expide ésta Autorización con el fin de pre cualificación, cualificación y/u otorgación de préstamo con la colateral de sus aportaciones.

**SECCIÓN II. EMPLEO DE INFORMACIÓN**

Se exige que la Entidad autorizada mediante este formulario proteja la información obtenida y no se divulgue a terceros.

**SECCIÓN III. COMPROMISO**

La Administración de los Sistemas de Retiro de los Empleados del Gobierno y la Judicatura, obtendrá un histórico de las investigaciones realizadas en nuestros sistemas con el propósito de garantizar el manejo adecuado de la Aplicación de Servicios en Línea y la información de nuestros clientes.

**SECCIÓN IV. CONSENTIMIENTO**

Entiendo que para propósitos de cualificación y elegibilidad al préstamo la Entidad Autorizada debe realizar una revisión de la información. Autorizo a que soliciten y obtengan información sobre datos demográficos, empleo, ingreso, aportaciones, años de servicio y deudas contraídas en la Administración de los Sistemas de Retiro de los Empleados del Gobierno y la Judicatura.

**SECCIÓN V. INFORMACIÓN DE ENTIDAD AUTORIZADA**

Nombre de Entidad Solicitante

Representante

**SECCIÓN VI. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE PARTICIPANTE O PENSIONADO**

Nombre del Cliente

Últimos 4 dígitos Seguro Social

XXX-XX-

Última Agencia en la que Trabaja(ó)

**SECCIÓN VII. CERTIFICACIÓN DE CONSENTIMIENTO**

Certifico haber leído y entendido el Formulario de Autorización para la Divulgación de Información. Acepto que verifique la Información contenida y la misma es correcta.

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente Participante o Pensionado

\_\_\_\_\_  
Fecha (día/mes/año)

**FORMULARIO ORIGINAL LO CUSTODIARA LA ENTIDAD SOLICITANTE**

Conservación: Igual al expediente del cual forma parte.