**Señores ASEUNED**

Por este medio solicito realizar un arreglo de pago para postergar el pago de mis cuotas hasta tres meses **(sin extender el plazo del crédito**), de acuerdo con las condiciones implementadas por ASEUNED a los asociados que hemos sido económicamente afectados producto de la Pandemia del Covid-19, conozco y acepto las condiciones que se indican en este documento relacionadas a este programa de beneficio solidario por una única vez.

Dentro de estas condiciones especiales ofrecidas por la ASEUNED, se especifican:

* Acepto el arreglo de pago con la prórroga de hasta tres meses en mis operaciones de crédito.
* Acepto que todas las operaciones de crédito se respete el plazo pactado originalmente.
* Acepto la capitalización de los intereses y el cargo de las pólizas de vida e incendio-terremoto.
* Acepto que las tres cuotas que se capitalizan (equivale a sumar los intereses dejados de pagar y las pólizas al saldo del crédito) con este arreglo de pago, se distribuirán en el cobro de las siguientes cuotas restantes que debo pagar, es decir, esas tres cuotas se diferirán entre los meses que faltan por pagar, aceptando el aumento en la cuota que dependerá de los meses que faltan por cancelar a mis préstamos.

 A continuación detallo la justificación de mi arreglo de pago con la ASEUNED e indico cuales son las operaciones que requiero realizar este arreglo de pago:

|  |
| --- |
|  |

Hago constar que la información aquí indicada es veraz y que he entregado la misma en forma voluntaria a la ASEUNED. Adicionalmente, manifiesto entender y aceptar que la aplicación de estas condiciones especiales aquí indicadas obedece a la liberalidad de la acreedora, en el marco de la buena fe contractual y en atención a la emergencia nacional a causa del COVID 19

FECHA NOMBRE FIRMA DEL ASOCIADO