

SOLICITUD DE CRÉDITO

DATOS BÁSICOS DEL CRÉDITO

Ciudad y fecha de Solicitud		DD MM AAAA	Línea Solicitada:	Plazo:
Valor Solicitado:	Valor en letras:	Garantía Ofrecida:		
Abonos Extraordinarios Así:	Especifique qué créditos recoge en Beneficiar con la presente solicitud:		Destino del Crédito:	

DATOS BÁSICOS DEL SOLICITANTE

Cédula:	Apellidos:	Nombres:		
Dirección de Residencia:	Barrio:	Municipio:	Departamento:	
Teléfono Residencia:	Celular Personal:	E-mail Personal:		
Vivienda:	Propia <input type="checkbox"/>	Arriendo <input type="checkbox"/>	Familiar <input type="checkbox"/>	Reside desde DD / MM / AAAA
Valor Arriendo Mensual: \$	Nombre del Arrendador:	Teléfono del Arrendador:		
Estado Civil:	Soltero(a) <input type="checkbox"/>	Casado(a) <input type="checkbox"/>	Union libre <input type="checkbox"/>	Separado(a) <input type="checkbox"/>
	Viudo(a) <input type="checkbox"/>	No. Personas a Cargo:		<input type="text"/>
Nivel Académico:	Primaria <input type="checkbox"/>	Bachillerato <input type="checkbox"/>	Técnico <input type="checkbox"/>	Tecnólogo <input type="checkbox"/>
	Universitario <input type="checkbox"/>	Título: _____		Postgrado <input type="checkbox"/>
	Ninguno <input type="checkbox"/>			
Actividad Económica:	Empleado(a) <input type="checkbox"/>	Pensionado(a) <input type="checkbox"/>	Independiente <input type="checkbox"/>	
	Si es Independiente por favor describa su Actividad Económica			Código CIU:
Tipo de contrato:	Indefinido <input type="checkbox"/>	Obra y Labor <input type="checkbox"/>	Honorarios <input type="checkbox"/>	Entidad donde labora:
	Término Fijo <input type="checkbox"/>	Prestación Servicios <input type="checkbox"/>	Integral <input type="checkbox"/>	
Cargo-área o función que desempeña:	Dirección comercial o de la Empresa donde trabaja:		Municipio:	Departamento:
			Teléfono laboral y ext.	
E-mail Empresarial:	Fecha Ingreso a la Empresa:		Fecha vencimiento del contrato:	
	DD / MM / AAAA		DD / MM / AAAA	
Referencia Familiar (que no viva con usted)	Parentesco	Teléfono	Celular	Ciudad
				Departamento
Referencia Personal (que no viva con usted)	Parentesco o vínculo	Teléfono	Celular	Ciudad
				Departamento

INFORMACIÓN FINANCIERA

Salario o Ingreso Mes Activ.Principal \$	Vr. Otros Ingresos Mes \$	Provenientes de:		Declara Renta: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Total Egresos Mensuales: \$	Valor Activos y Pasivos con corte al: DD MM AAAA	Total Activos: \$	Total Pasivos: \$	

BIEN RAÍZ

Tipo de Bien: Casa <input type="checkbox"/>	Apartamento <input type="checkbox"/>	Lote <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	Cuál? _____	Valor Comercial: \$	Hipoteca a favor de:	
Dirección del Inmueble:	Barrio:	Municipio:	Departamento:	Matricula Inmobiliaria	Valor Hipoteca: \$	Patrimonio de Familia SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

VEHÍCULO

Marca:	Modelo:	Placa:	Tipo de Servicio:	Valor Comercial: \$	Asegurado con:	Pignorado a:
--------	---------	--------	-------------------	---------------------	----------------	--------------

DATOS DEL CÓNYUGE

Cédula:	Apellidos:	Nombres:		
Dirección de Residencia:	Barrio:	Estrato:	Ciudad:	Departamento:
Teléfono:	Celular Personal:	E-mail Personal:		
Actividad Económica:	Empleado(a) <input type="checkbox"/>	Independiente <input type="checkbox"/>	Pensionado(a) <input type="checkbox"/>	Estudiante <input type="checkbox"/>
	Otra <input type="checkbox"/>	Cuál: _____		
Empresa donde trabaja:	Cargo:	Dirección:	Municipio:	Departamento:
E-mail Empresarial:	Teléfono Oficina:	Extensión:	Fax:	Fecha Ingreso a la Empresa: DD / MM / AAAA
Salario: \$	Vr. Otros Ingresos: \$	Provenientes de:		Declara Renta SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

AUTORIZACIÓN DE GIRO DEL CRÉDITO

Cta Ahorros a la vista Beneficiar <input type="checkbox"/>	Otra Cuenta <input type="checkbox"/>	Tipo de Cuenta: Cte. <input type="checkbox"/> Ahorros <input type="checkbox"/>	Número de Cuenta:	Entidad:
Transferencia <input type="checkbox"/>	Girar Cheque <input type="checkbox"/>	Tipo Doc: CC <input type="checkbox"/> NIUP <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>	No. Documento: _____	Titular ó Beneficiario:

AUTORIZACIONES

<p>Autorizo de manera expresa a BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA, a quien represente, o a quien ceda sus derechos, o a quien ésta contrate para el ejercicio de los mismos, sus obligaciones o su posición contractual a cualquier título, en relación con los productos o servicios de los que soy titular, o como representante de éste, para que consulte, solicite, suministre, reporte, procese, obtenga, recolecte, compile, confirme, intercambie, modifique, emplee, analice, estudie, conserve, reciba y envíe mis datos personales, lo que incluye toda la información relativa a mi comportamiento crediticio, financiero, comercial y de servicios, así como los datos personales de los administradores y/o accionistas de la entidad que represento, y a los que la entidad tenga acceso en desarrollo de las finalidades previstas en la presente autorización.</p> <p>En los términos de la ley 1581 de 2012, manifiesto de manera expresa, que he sido informado del tratamiento al que serán sometidos mis datos y su finalidad, conforme con el documento que he declarado haber recibido de BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA.</p> <p>Igualmente autorizo a BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA para solicitar y reportar a la Central de Información del Sector Financiero - CIFI o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información referente a mi comportamiento que surja por cualquier vínculo que posea con la entidad.</p>	<p>Firma Solicitante _____</p> <p>C.C. _____</p> <p>Dirección _____</p> <p>Teléfono _____</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div> <p>Huella Índice Derecho</p>
--	---	--

SOLICITUD DE CRÉDITO – DEUDOR SOLIDARIO

DATOS BÁSICOS DEL CRÉDITO

Deudor Solidario de:		C.C. No.:
Valor Solicitado:	Valor en letras:	
Parentesco o vínculo con el solicitante:	Destino del Crédito:	

DATOS BÁSICOS DEL DEUDOR SOLIDARIO

Cédula:	Apellidos:	Nombres:			
Dirección de Residencia:	Barrio:	Municipio:	Departamento:		
Teléfono Residencia:	Celular Personal:	E-mail Personal:			
Vivienda:	Propia <input type="checkbox"/>	Arriendo <input type="checkbox"/>	Familiar <input type="checkbox"/>	Reside desde DD / MM / AAAA	Estrato <input type="checkbox"/>
Valor Arriendo Mensual: \$	Nombre del Arrendador:		Teléfono del Arrendador:		
Estado Civil:	Soltero(a) <input type="checkbox"/>	Casado(a) <input type="checkbox"/>	Union libre <input type="checkbox"/>	Separado(a) <input type="checkbox"/>	Viudo(a) <input type="checkbox"/>
Nivel Académico:	Primaria <input type="checkbox"/>	Bachillerato <input type="checkbox"/>	Técnico <input type="checkbox"/>	Tecnólogo <input type="checkbox"/>	Universitario <input type="checkbox"/>
Actividad Económica:	Empleado(a) <input type="checkbox"/>	Pensionado(a) <input type="checkbox"/>	Independiente <input type="checkbox"/>	Si es Independiente por favor describa su Actividad Económica	
Tipo de contrato:	Indefinido <input type="checkbox"/>	Obra y Labor <input type="checkbox"/>	Honorarios <input type="checkbox"/>	Entidad donde labora:	
Cargo-área o función que desempeña:	Dirección comercial o de la Empresa donde trabaja:		Municipio:	Departamento:	Teléfono laboral y ext.
E-mail Empresarial:	Fecha Ingreso a la Empresa: DD / MM / AAAA		Fecha vencimiento del contrato: DD / MM / AAAA		
Referencia Familiar (que no viva con usted)	Parentesco	Teléfono	Celular	Ciudad	Departamento
Referencia Personal (que no viva con usted)	Parentesco o vínculo	Teléfono	Celular	Ciudad	Departamento

INFORMACIÓN FINANCIERA

Salario o Ingreso Mes Activ.Principal \$	Vr. Otros Ingresos Mes \$	Provenientes de:	Declara Renta: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Total Egresos Mensuales: \$	Valor Activos y Pasivos con corte al: DD MM AAAA	Total Activos: \$	Total Pasivos: \$

BIEN RAÍZ

Tipo de Bien: Casa <input type="checkbox"/>	Apartamento <input type="checkbox"/>	Lote <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	Cuál? _____	Valor Comercial: \$	Hipoteca a favor de:
Dirección del Inmueble:	Barrio:	Municipio:	Departamento:	Matricula Inmobiliaria	Valor Hipoteca: \$	Patrimonio de Familia SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

VEHÍCULO

Marca:	Modelo:	Placa:	Tipo de Servicio:	Valor Comercial: \$	Asegurado con:	Pignorado a:
--------	---------	--------	-------------------	---------------------	----------------	--------------

DATOS DEL CÓNYUGE

Cédula:	Apellidos:	Nombres:			
Dirección de Residencia:	Barrio:	Estrato:	Ciudad:	Departamento:	
Teléfono:	Celular Personal:	E-mail Personal:			
Actividad Económica:	Empleado(a) <input type="checkbox"/>	Independiente <input type="checkbox"/>	Pensionado(a) <input type="checkbox"/>	Estudiante <input type="checkbox"/>	Otra <input type="checkbox"/>
Empresa donde trabaja:	Cargo:	Dirección:	Municipio:	Departamento:	
E-mail Empresarial:	Teléfono Oficina:	Extensión:	Fax:	Fecha Ingreso a la Empresa: DD / MM / AAAA	
Salario: \$	Vr. Otros Ingresos: \$	Provenientes de:	Declara Renta SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		

AUTORIZACIONES

<p>Autorizo de manera expresa a BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA, a quien represente, o a quien ceda sus derechos, o a quien ésta contrate para el ejercicio de los mismos, sus obligaciones o su posición contractual a cualquier título, en relación con los productos o servicios de los que soy titular, o como representante de éste, para que consulte, solicite, suministre, reporte, procese, obtenga, recolecte, compile, confirme, intercambie, modifique, emplee, analice, estudie, conserve, reciba y envíe mis datos personales, lo que incluye toda la información relativa a mi comportamiento crediticio, financiero, comercial y de servicios, así como los datos personales de los administradores y/o accionistas de la entidad que represento, y a los que la entidad tenga acceso en desarrollo de las finalidades previstas en la presente autorización.</p> <p>En los términos de la ley 1581 de 2012, manifiesto de manera expresa, que he sido informado del tratamiento al que serán sometidos mis datos y su finalidad, conforme con el documento que he declarado haber recibido de BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA.</p> <p>Igualmente autorizo a BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA para solicitar y reportar a la Central de Información del Sector Financiero - CIFIEN o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información referente a mi comportamiento que surja por cualquier vínculo que posea con la entidad.</p>	<p>_____ Firma Deudor Solidario</p> <p>C.C. _____</p> <p>Dirección _____</p> <p>Teléfono _____</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div> <p>Huella Índice Derecho</p>
--	--	--

¡La opción financiera más humana!



PAGARÉ A LA ORDEN

ACREEDOR : BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA

DEUDOR(ES) : _____

VALOR: _____ (\$ _____)

PLAZO: _____ TASA DE INTERES EFECTIVA: _____ (%)

Los suscriptores del presente pagaré, identificados como quedó arriba consignado, domiciliados en _____ nos obligamos a pagar de manera incondicional, solidaria e indivisible a favor de BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., o a su orden o a quien sus derechos represente, la suma de

(\$ _____). Dicha suma nos comprometemos a cancelarla en un plazo máximo de _____ (____) meses, en _____ (____) cuotas sucesivas y consecutivas, siendo pagadera la primera el día _____ (____) del mes de _____ del año _____ (____), y la última el día _____ (____) del mes de _____ del año _____ (____). Así mismo nos comprometemos a efectuar en las fechas convenidas, los abonos extraordinarios a los que nos hayamos obligado de acuerdo con el plan de amortización el cual declaramos conocer y aceptar en todas sus partes. En el evento que dejemos de atender en las fechas convenidas una o más cuotas de capital y/o intereses, reconoceremos un interés de mora a la tasa más alta autorizada de conformidad con las disposiciones legales en la materia. En caso de que por disposición legal o reglamentaria se autorice cobrar intereses superiores a los previstos en este pagaré, bien sea remuneratorios o de mora, nos obligamos a reconocer la diferencia que resulte a cargo por dicho concepto, de acuerdo con las nuevas disposiciones y autorizamos a BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA para reajustarlos automáticamente. Los intereses pendientes producirán intereses en los términos del artículo 886 del código de comercio, o de las normas que lo modifiquen. Nos obligamos a cancelar las primas del seguro de vida grupo deudores en los términos, plazos y demás condiciones establecidas en la póliza colectiva contratada por BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA la cual declaramos conocer, en las mismas fechas en las que se cancele cada una de las cuotas pactadas. Igualmente nos comprometemos a constituir y mantener vigentes las pólizas correspondientes que protejan los bienes sobre los que hemos constituido garantía real. En caso de que por mora en el pago de las primas de seguro correspondiente, BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA las cancele, nos obligamos a reintegrarle las sumas respectivas, así como sus intereses y demás accesorios en la forma anterior. Lo anterior no implica obligación alguna para BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA de atender dichos pagos. Todos los gastos e impuestos que cause este título valor serán a nuestro cargo, lo mismo que los honorarios de abogado y las costas de cobro judicial o extrajudicial si diéramos lugar a éste. BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA, podrá declarar vencido el presente pagaré y exigir el pago inmediato del capital e intereses, en cualquiera de los siguientes casos. A.) Por pérdida de la calidad de empleado de cualquiera de los suscriptores de la entidad en la cual laboran. B.) Incumplimiento de los términos establecidos para el pago del capital o intereses de la presente obligación o de cualquier otra que directa, indirecta, conjunta o separadamente tengamos para con BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA. C.) Si los bienes de alguno de los otorgantes son perseguidos judicial o extrajudicialmente por cualquier persona en desarrollo de cualquier acción. D.) El giro de cheques en favor de BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA, que sean impagados por causas imputables a cualquiera de los obligados. E.) Fallecimiento de cualquiera de los obligados. F.) El hecho de que cualquiera de los obligados solicite o le sea iniciado proceso concordatario o concursal. G.) El haber suministrado información inexacta en la documentación presentada a BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA. H.) El que los bienes dados en garantía sufran desmejora, sean gravados, enajenados en todo o en parte o dejen de prestar respaldo suficiente a las obligaciones contraídas con BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA. I.) La mala o difícil situación económica del cualquiera de los otorgantes. J.) Por la renuncia o incumplimiento en la constitución de las garantías exigidas por BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA en la aprobación de la respectiva operación. K.) Por el no pago anticipado de las primas de seguros durante la vigencia del crédito. L.) En los demás casos de ley. Dejamos expresa constancia que BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA podrá hacer uso de la cláusula aceleratoria aquí señalada ante la simple ocurrencia de cualquiera de las causales antes mencionadas, generando los efectos correspondientes, sin necesidad de requerimiento, comunicación o trámite adicional alguno. Autorizamos irrevocablemente a BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA para A.) Solicitar a la empresa o empresas a las que actualmente o en un futuro nos encontremos vinculados laboral o contractualmente, debitar de nuestros salarios, prestaciones legales o extralegales, bonificaciones, indemnizaciones, honorarios y en general de cualquier valor a nuestro favor, las sumas a nuestro cargo generados en las obligaciones adquiridas en el presente pagaré o a cualquier otro título con BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA. B.) En caso de desvinculación laboral, solicitar el saldo de las cesantías vigente en el Fondo de Cesantías en el que nos encontremos afiliados con el propósito de aplicarlas al saldo de las obligaciones que queden a nuestro cargo. C.) Aplicar a esta o a cualquiera de nuestras obligaciones, las sumas que a nuestro favor se encuentren en poder de BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA tales como aportes sociales, ahorros y en general de cualquier derecho económico del que seamos titulares. D.) En caso de desvinculación laboral, o por la pérdida de la calidad de asociado, la tasa de interés sobre los saldos pendientes de pago, sea la equivalente a la comercial vigente. En caso de que por cualquier motivo, no se llegare a realizar por parte de nuestro empleador o contratante los descuentos correspondientes a la amortización del presente pagaré, reconoceremos que esta circunstancia no nos releva a dar cumplimiento al pago correspondiente, por lo cual procederemos inmediatamente a su cancelación directamente a BENEFICIAR

ENTIDAD COOPERATIVA, utilizando los mecanismos previstos por esta. Reconocemos que la solidaridad e indivisibilidad subsisten en caso de prórroga, novación, refinanciación o de cualquier modificación de lo estipulado, aun cuando se pacte con uno solo de los deudores. Aceptamos cualquier endoso, cesión o traspaso de este título valor. Renunciamos a toda clase de requerimientos. E.) A descontar de mi nómina, cuentas de ahorro o corriente de cualquier banco el valor correspondiente a mis obligaciones con BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA.

En señal de que aceptamos las obligaciones en los términos expresados, firmamos el presente pagaré en la ciudad de _____, a los _____ (____) días del mes de _____ del año _____ (____).

“Por expresa instrucción de la Superintendencia de Industria y Comercio, se le hace conocer a la parte deudora en el presente contrato que durante el periodo de financiación la tasa de interés variable o fija, remuneratoria o moratoria no podrá ser superior a la tasa máxima legal permitida. Si la tasa pactada supera el límite legal deberá ser ajustada al mismo.

“De acuerdo con lo establecido en el artículo 884 del Código de Comercio, cuando se cobren intereses que sobrepasen los límites fijados en la ley, el acreedor perderá todos los intereses, bien sean los remuneratorios, los moratorios o ambos según se trate. En tales casos, el consumidor podrá solicitar la inmediata devolución de las sumas que haya cancelado por concepto de los respectivos intereses. (Subrayado extratextual)

“Se advierte que se entiende por interés, la renta que se paga por el uso del capital durante un periodo determinado, sin perjuicio de lo dispuesto por el artículo 717 del Código Civil. Asimismo, de acuerdo con lo establecido en el artículo 68 de la Ley 45 de 1990, se reputaran también como intereses las sumas que el acreedor reciba del deudor sin contraprestación distinta al crédito otorgado, aun cuando las mismas se justifiquen por concepto de honorarios, comisiones u otros semejantes. También se incluirán dentro de los intereses las sumas que el deudor pague por concepto de servicios vinculados directamente con el crédito, papelería, cuotas de afiliación etc.”

Firma del Solicitante	
C.C. _____	
Dirección _____	

Teléfono _____	

Firma Deudor Solidario	
C.C. _____	
Dirección _____	

Teléfono _____	

Firma Deudor Solidario	
C.C. _____	
Dirección _____	

Teléfono _____	

Firma Deudor Solidario	
C.C. _____	
Dirección _____	

Teléfono _____	

¡La opción financiera más humana!



CARTA DE INSTRUCCIONES PARA DILIGENCIAR PAGARÉ A LA ORDEN

Señores
BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA
Ciudad

Autorizo(amos) a BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA, en adelante EL ACREEDOR, a quien represente sus derechos, o a quien en el futuro detente dicha calidad en forma expresa e irrevocable, para que conforme al artículo 622 del Código de Comercio diligencie sin previo aviso y en cualquier momento el presente pagaré en blanco que he(mos) otorgado en la presente fecha a su orden para instrumentar obligaciones en que resulte(mos) deudor(es) en forma directa, indirecta, individual, conjunta o solidaria con ocasión de:

1. Operaciones de crédito. 2. Operaciones por utilizations realizadas con Tarjeta Débito. 3. En general cualquier suma de dinero que resulte a mí(nuestro) cargo derivada de la utilización de los productos y/o servicios ofrecidos por BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA.

De conformidad con las siguientes instrucciones:

1. El espacio correspondiente a la suma por la cual se ha de llenar el pagaré, se diligenciará con el valor correspondiente a todas las sumas de dinero originadas o relacionadas con las operaciones antes mencionadas, tanto por capital como por intereses remuneratorios, o de mora, así como gastos judiciales o extrajudiciales, impuesto de timbre, honorarios de abogado, comisiones, primas de póliza de seguros con sus intereses y demás accesorios y en general cualquier suma que en razón de la utilización de los servicios de **BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA**, resulten a mí(nuestro) cargo.
2. El espacio correspondiente al número de cuotas será diligenciado, conforme con el plazo concedido para el pago de la obligación, previsto en el plan de amortización.
3. El valor de las cuotas, la fecha de pago de la primera y de la última de ellas, así como el vencimiento final del pagaré, serán los consignados en el correspondiente plan de amortización.
4. La tasa de interés de plazo, será aquella que haya quedado consignada en el plan de amortización al momento del desembolso de la operación, salvo lo consignado en el literal D de las autorizaciones contenidas en la parte final del pagaré.
5. El pagaré diligenciado en la forma estipulada mediante el presente documento, será exigible en forma inmediata y prestará mérito ejecutivo sin necesidad de requerimientos adicionales.

Manifiesto (amos) conocer y entender expresamente las obligaciones derivadas de la presente carta de instrucciones y del correspondiente pagaré, así como el haber recibido una copia de las presentes instrucciones y del pagaré, en cumplimiento a lo ordenado por las disposiciones legales respectivas.

En constancia se firma la presente carta de instrucciones en la ciudad de _____, a los _____ (____) días del mes de _____ del año dos mil _____ (20____).

Firma del Solicitante
C.C. _____
Dirección _____
Teléfono _____

Firma Deudor Solidario
C.C. _____
Dirección _____
Teléfono _____

Firma Deudor Solidario
C.C. _____
Dirección _____
Teléfono _____

Firma Deudor Solidario
C.C. _____
Dirección _____
Teléfono _____



SOLICITUD INDIVIDUAL PARA SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES



NIT. 860.524.654-6

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA GERENCIA DE PROCESOS Y CALIDAD SOLICITUD INDIVIDUAL PARA SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA FIM-SUSV-88 V.2. 03/07/2019

DATOS DEL TOMADOR

TIPO DE DOCUMENTO		RAZON SOCIAL	
NIT	No. 860 518 350 - 8	BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA	
DIRECCION	TELEFONO	CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
CARRERA 7 No. 34 - 22 OFICINAS 401 - 402	7490001	BOGOTÁ D.C.	CUNDINAMARCA

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

TIPO DE DOCUMENTO		LUGAR DE EXPEDICIÓN		FECHA DE EXPEDICIÓN		
<input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE	No. _____			DÍA	MES	AÑO
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		
DIRECCIÓN DOMICILIO	TELEFONO/FAX	CIUDAD / MUNICIPIO		DEPARTAMENTO		
CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO CELULAR	OTRO TELÉFONO / FAX		NACIONALIDAD		
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	DÍA	MES	AÑO	SEXO	ESTADO CIVIL	
				M F	<input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> UNION LIBRE	
DIESTRO <input type="checkbox"/>	AMBIDIESTRO <input type="checkbox"/>	ZURDO <input type="checkbox"/>	DEPORTES QUE PRACTICA			
OCUPACIÓN DETALLADA			VALOR ASEGURADO		INGRESOS MENSUALES	
			\$		\$	

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

1. Ha padecido o es tratado actualmente de alguna enfermedad o incapacidad relacionada con lo siguiente?

	SI	NO		SI	NO		SI	NO		SI	NO
Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Neurológicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Riñones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Hepáticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pulmones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Demencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Psiquiátricas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos Mentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infección por HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									

2. Ha padecido, padece o es tratado actualmente de alguna enfermedad diferente a las del numeral anterior? SI NO

¿Cuál? _____

3. Ha tenido o tiene alguna pérdida funcional o anatómica, ha padecido accidentes que impidan desempeñar labores propias de su ocupación o sabe si será hospitalizado o intervenido quirúrgicamente? SI NO

4. Ha tenido o tiene algún procedimiento no quirúrgico pendiente? SI NO

En caso de haber contestado afirmativamente alguna de las preguntas anteriores, dar detalles: _____

5. ¿Tiene pérdida de capacidad laboral permanente? SI NO

6. ¿Le ha sido declarada legalmente pérdida de capacidad laboral permanente en el 50% o más? SI NO

7. ¿Le ha sido declarada legalmente pérdida de capacidad laboral permanente en menos del 50%? SI NO

8. ¿Está tramitando el reconocimiento legal de pérdida de capacidad laboral permanente? SI NO

AUTORIZACIÓN PARA CENTRALES DE RIESGO

Autorizo de manera expresa y voluntaria a **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, o a quien represente sus derechos a consultar, almacenar, administrar, transferir, procesar y reportar mi información a las Centrales de Información o bases de datos debidamente constituidas respecto al comportamiento crediticio financiero y comercial.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Cláusula de Tratamiento de Datos Personales: Declaro que **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA** me ha informado: 1) Que el Aviso de Privacidad y el Manual de Tratamiento de Datos Personales se encuentran en la página web: www.aseguradorasolidaria.com.co; 2) Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños, adolescentes y aquellas que versen sobre datos sensibles y en consecuencia no he sido obligado a responderlas; 3) Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en las Leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

Autorizo de manera previa, expresa e informada a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA y/o cualquier sociedad controlada, directamente o indirectamente, tengan participación accionaria o sean asociados, domiciliadas en Colombia y/o en el Exterior, terceros contratados por esta o a quien la represente, entendiéndose como LA ASEGURADORA.

- a) Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, transferir, transmitir, actualizar, usar, grabar y conservar mis datos personales, financieros y crediticios, así como aquella información derivada de la relación contractual, siempre y cuando sea con la finalidad de desarrollar las actividades propias del Contrato de Seguro.
- b) Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, actualizar, usar, grabar y conservar los datos personales de mis hijos menores de edad en mi calidad de su representante legal, siempre y cuando se cumpla con el interés prevalente del menor conforme al artículo 12 del decreto 1377 de 2013.
- c) Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, actualizar, usar, grabar y conservar mis datos personales sensibles incluyendo la Historia Clínica y datos sobre mi estado de salud, aún después de mi fallecimiento, entendiéndose la posibilidad de obtener copia de mi Historia Clínica, siempre y cuando se cumpla con lo previsto en el artículo 6 de la ley 1581 de 2012.
- d) Transmitir y transferir mis datos personales a terceros países siempre que se requiera cumplir las finalidades descritas o se encuentre estipulada por el artículo 26 de la ley 1581 de 2012.

CLÁUSULA DE ASESORÍA

"Queda constancia que he leído, entendido y aceptado los derechos y obligaciones emanados del contrato de seguro; así mismo, las condiciones particulares de la póliza, el alcance de las coberturas, exclusiones y garantías del seguro ofrecido, los costos del producto y su comercialización de acuerdo con lo establecido en el art. 9 de la ley 1328 de 2009, la autorización otorgada por la Aseguradora para comercializar el producto y los canales por medio de los cuales se puede formular una petición, queja o reclamo."

FIRMA Y HUELLA

Para efectos de la presente solicitud, declaro expresamente lo siguiente:

- 1. Poseo pólizas de seguro vigentes con extraprimas. SI NO
- 2. He sido rechazado por alguna Compañía Aseguradora en el momento de presentar una solicitud de seguro. SI NO
- 3. Tanto mi profesión u oficio declarados en la presente solicitud, son lícitas y las ejerzo dentro de los marcos legales y no practico deportes o aficiones que afecten mi integridad.
- 4. Los dineros utilizados para pagar la prima de seguros no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
- 5. Las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verídicas en la forma que aparecen descritas, por lo tanto, la falsedad, omisión, error o reticencia en ellas tendrán las consecuencias estipuladas en los Artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio.

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento a los _____ días del mes de _____ del año _____ en la ciudad de _____.

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SOLICITANTE

FIRMA SOLICITANTE
C.C.

HUELLA ÍNDICE DERECHO