



SOLICITUD DE CREDITO

FECHA DE SOLICITUD		
DIA	MES	AÑO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

N° _____

Aprobado por resolución 3614 de diciembre 12 de 1994

DILIGENCIAR COMPLETAMENTE EL FORMATO EN LETRA LEGIBLE. LA RECEPCIÓN DE ESTA SOLICITUD NO IMPLICA SU APROBACIÓN. ANEXAR A ESTA SOLICITUD: 1. DOS (2) ULTIMOS DESPRENDIBLES DE NÓMINA. 2. AUTORIZACION DE DESCUENTOS 3. PAGARÉ Y CARTA DE INSTRUCCIONES 4. AUTORIZACION DE DESCUENTOS FONDO MUTUAL DE GARATÍAS 5. SEGURO DE VIDA DEUDORES

INFORMACIÓN DEL CREDITO

Libre Inversión Promoción y Suministros para la Familia Educación Calamidad Vivienda Puente Prima Crediya Credigold Vehículo Vacaciones
 Mejoras para Vivienda Pago Obligaciones Crediahorro Fomento y Desarrollo Empresarial comercial Vinculación
 CUENTA BANCARIA N°: _____ BANCO: _____
 VALOR SOLICITADO (EN LETRAS) _____ \$ _____
 PLAZO DE PAGO EN MESES _____ N° CUOTAS EXTRAS DE PRIMA _____ % PRIMA **CUAL** _____ **CANCELA CREDITO ANTERIOR: SI** **NO**
 TIPO GARANTIA: Hipoteca Prenda Deudor(es) solidario(s) Pagaré Personal Pignoración Cesantías Monto Cesantías \$ _____
 VIVIENDA PROPIA: SI NO Dirección: _____ Matrícula Inmobiliaria _____
 VEHICULO PROPIO: SI NO Placas: _____ Marca: _____ Modelo: _____

DATOS PERSONALES DEL DEUDOR

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS _____ N° DE DOCUMENTO _____
 FECHA EXPEDICION CC. DIA MES AÑO CIUDAD DE EXPEDICION _____ FECHA NACIMIENTO DIA MES AÑO
 DIRECCION RESIDENCIA _____ CIUDAD _____
 TEL.FIJO _____ TEL.MOVIL _____ EMPRESA EMPLEADORA _____ SUCURSAL _____
 FECHA INGRESO EMPRESA: DIA MES AÑO CARGO _____ CONTRATO: Fijo Indefinido Otro Cuál
 SUELDO BASICO \$ _____ E-MAIL _____
 E.P.S. _____ FONDO DE PENSIONES _____ FONDO DE CESANTIAS _____ ARL _____

REFERENCIAS (Campos Obligatorios para diligenciar)

FAMILIAR QUE VIVA CON UD: NOMBRE _____ Tel. Móvil _____
FAMILIAR: NOMBRE _____ Tel. Fijo _____
 Dirección _____ Tel. Móvil _____
PERSONAL: NOMBRE _____ Tel. Fijo _____
 Dirección _____ Tel. Móvil _____

DATOS DEUDOR SOLIDARIO

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS _____ N° DE DOCUMENTO _____
 DIRECCION RESIDENCIA _____ TEL.FIJO _____ TEL.MOVIL _____
 EMPRESA _____ SUCURSAL _____ TELEFONO _____
 FECHA INGRESO EMPRESA: DIA MES AÑO CARGO _____ CONTRATO: Fijo Indefinido Otro Cuál
 SUELDO BASICO \$ _____ E-MAIL _____
 E.P.S. _____ FONDO DE PENSIONES _____ FONDO DE CESANTIAS _____ ARL _____
 TIPO GARANTIA: Hipoteca Prenda Deudor(es) solidario(s) Pagaré Personal Pignoración Cesantías Monto Cesantías \$ _____
 VIVIENDA PROPIA: SI NO Dirección: _____ Matrícula Inmobiliaria _____
 VEHICULO PROPIO: SI NO Placas: _____ Marca: _____ Modelo: _____

DATOS DEUDOR SOLIDARIO

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS _____ N° DE DOCUMENTO _____
 DIRECCION RESIDENCIA _____ TEL.FIJO _____ TEL.MOVIL _____
 EMPRESA _____ SUCURSAL _____ TELEFONO _____
 FECHA INGRESO EMPRESA: DIA MES AÑO CARGO _____ CONTRATO: Fijo Indefinido Otro Cual
 SUELDO BASICO \$ _____ E-MAIL _____
 E.P.S. _____ FONDO DE PENSIONES _____ FONDO DE CESANTIAS _____ ARL _____
 TIPO GARANTIA: Hipoteca Prenda Deudor(es) solidario(s) Pagaré Personal Pignoración Cesantías Monto Cesantías \$ _____
 VIVIENDA PROPIA: SI NO Dirección: _____ Matrícula Inmobiliaria _____
 VEHICULO PROPIO: SI NO Placas: _____ Marca: _____ Modelo: _____



DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

DECLARACIÓN DE ORIGEN Y DESTINACIÓN DE FONDOS: Para los propósitos y fines previstos en el Sistema de Administración del Riesgo de Lavado y de la Financiación del Riesgo (SARLAFT) adoptado en FONCOLOMBIA declaro que los recursos que procedan del crédito que me otorgue el Fondo de Empleados serán destinados a los fines específicos para los que hayan sido concedidos y en ningún caso para la realización de actividades lícitas o contraídas a las que establecen las Leyes Colombianas. Los bienes entregados para respaldar mis obligaciones con el Fondo de Empleados han sido adquiridos con recursos lícitos derivados de mi trabajo, ingresos adicionales y patrimonio familiar. En el caso que los recursos sean trasladados a terceros, declaro que no serán utilizados para financiar actividades terroristas o personas vinculadas o relacionadas con grupos criminales. No admitiré que terceros efectúen depósitos a las cuentas de FONCOLOMBIA, cancelen o pre-paguen mis obligaciones, con fondos provenientes de actividades ilícitas o aparentemente ilícitas, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas.

En uso de mis facultades autorizo a FONCOLOMBIA, para que realice las consultas de información en las fuentes que estime conveniente, con el propósito de cumplir con diligencias relacionadas con la Prevención y Control del Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo.

AUTORIZACIONES: En caso de ser aprobada esta solicitud, pignoramos a favor de FONCOLOMBIA, en garantía de este préstamo y de cualquier suma que adeude al mismo, mi sueldo, liquidación de prestaciones sociales, auxilio de cesantías, seguro de vida, pensión de jubilación, comisiones, salario integral, vacaciones, ahorros, aportes y demás derechos económicos depositados en FONCOLOMBIA en calidad de asociado, o cualquier suma que pueda recibir o reciban mis herederos de la empresa a la cual presto mis servicios. Nos comprometemos a pagar las cuotas de los créditos a favor de FONCOLOMBIA por nómina o en su defecto por consignación directa en la cuenta que me indique el fondo. Autorizamos a FONCOLOMBIA para que exclusivamente con fines de información comercial y financiera, consulte, registre, reporte y circule datos en las centrales de riesgo y demás fuentes que disponga FONCOLOMBIA, sobre todas las operaciones financieras y crediticias que bajo cualquier modalidad se me hubieren otorgado o me otorguen en el futuro.

Declaramos que conocemos el Estatuto y el Reglamento de Crédito de FONCOLOMBIA y nos comprometemos a cumplir sus normas.

FIRMA DEUDOR

FIRMA DEUDOR SOLIDARIO

FIRMA DEUDOR SOLIDARIO

Nombre _____

Nombre _____

Nombre _____

CC N° _____

CC N° _____

CC N° _____

ESPACIO EXCLUSIVO PARA FONCOLOMBIA

DÍA

MES

AÑO

TRAMITADO POR _____



AUTORIZACION DE DESCUENTOS, PIGNORACION Y RETENCION DE SALARIOS Y PRESTACIONES SOCIALES

Aprobado por resolución 3614 de diciembre 12 de 1994

DILIGENCIAR UNICAMENTE LOS DATOS DEL RECUADRO, FIRMAS DEL SOLICITANTE DEUDOR Y DEUDOR SOLIDARIO Y MANCOMUNADO. LOS DEMAS DATOS SERAN DILIGENCIADOS POR FONCOLOMBIA EN CASO DE AUTORIZACION DEL CREDITO

Señores
FONCOLOMBIA
La Ciudad

Nosotros _____, _____ y _____
mayores de _____

edad, identificados con documentos de identidad N° _____ de _____,
N° _____ de _____ y N° _____ de _____,

respectivamente, manifestamos expresamente que de forma voluntaria hemos contraído una deuda con FONCOLOMBIA, por la suma de \$ _____, obligación consignada en el Título Valor Pagare N° _____. Igualmente, manifestamos que para efectos de amortizar y cancelar el valor de la deuda AUTORIZAMOS a la empresa para

la que actualmente laboro o llegase a laborar, para que me efectúe el descuento por nómina en forma quincenal o mensual, incluidos los intereses, fondo mutual de garantías, seguro de vida, conforme a lo establecido por FONCOLOMBIA en el plan de pagos, el cual declaro conocer y desde ahora aceptar, así como

los abonos extraordinarios con imputación a primas semestrales hasta por la suma de \$ _____ según el mismo plan.

Con fundamento en lo anterior AUTORIZAMOS a la Empresa para la que actualmente laboro o llegase a laborar, para que deduzca de mi salario la suma de \$ _____.

En virtud de la obligación que aquí se reconoce, en caso de mi retiro definitivo o despido, AUTORIZAMOS a la Empresa para la que actualmente laboro o llegase a laborar, para que deduzca de forma inmediata, sin previo requerimiento y en favor de FONCOLOMBIA, de mi sueldo, liquidación, prestaciones sociales, indemnización, auxilio de cesantías, seguro de vida, pensión de jubilación, comisiones, salario integral, vacaciones o cualquier suma que pueda corresponderme o puedan recibir de la empresa mis herederos por mi deceso; el saldo de la obligación que aquí se reconoce.

De otra parte, manifiesto que de manera libre y voluntaria PIGNORAMOS en favor de FONCOLOMBIA, y como garantía del préstamo otorgado o cualquier obligación pendiente para con el mismo; mi sueldo, prestaciones sociales, liquidación, auxilio de cesantías, seguro de vida, pensión de jubilación, comisiones, salario integral, vacaciones o cualquier suma que puedan recibir de la empresa mis herederos por mi deceso.

En consecuencia AUTORIZAMOS y solicitamos de manera expresa al FONDO DE CESANTIAS _____ que en el evento que dentro del lapso previsto para extinguir la obligación, ocurra mi desvinculación de la Empresa para la que actualmente laboro o llegase a laborar, pague a FONCOLOMBIA el saldo de la deuda por la suma de \$ _____

con cargo a los saldos que existan en la cuenta donde me son consignadas mis cesantías. Esta orden de descuento y pago se extiende a nuevos empleadores, en caso de mi retiro antes de terminar de pagar las cuotas pactadas.

Finalmente, AUTORIZO a FONCOLOMBIA para diligenciar los espacios en blanco en este documento.

Para constancia se firma a los _____ () del mes de _____ de _____

Atentamente,

FIRMA DEUDOR

Nombre _____
No. De dto. de identidad _____
Dirección de Residencia _____
Tel. de Residencia _____ Tel Celular _____
Correo electrónico personal _____

FIRMA DEUDOR SOLIDARIO

Nombre _____
No. De dto. de identidad _____
Dirección de Residencia _____
Tel. de Residencia _____ Tel Celular _____
Correo electrónico personal _____

FIRMA DEUDOR SOLIDARIO

Nombre _____
No. De dto. de identidad _____
Dirección de Residencia _____
Tel. de Residencia _____ Tel Celular _____
Correo electrónico personal _____

FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA PATRONAL



AUTORIZACION DE DESCUENTO FONDO MUTUAL DE GARANTIAS

Aprobado por resolución 3614 de diciembre 12 de 1994

DILIGENCIAR UNICAMENTE LOS DATOS DEL RECUADRO, FIRMAS DEL SOLICITANTE DEUDOR Y DEUDOR SOLIDARIO Y MANCOMUNADO. LOS DEMAS DATOS SERAN DILIGENCIADOS POR FONCOLOMBIA EN CASO DE AUTORIZACION DEL CREDITO

Señores
FONCOLOMBIA
La Ciudad

Yo _____ mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía N° _____ de _____, manifiesto expresamente que de forma voluntaria he contraído una deuda con FONCOLOMBIA, por la suma de _____ \$ _____, obligación consignada en el Título Valor Pagaré N° _____

Igualmente, manifestamos que para efectos de la garantía de esta obligación AUTORIZO a la empresa para la que actualmente laboro o llegase a laborar, para que me efectúe el descuento por nómina en forma quincenal o mensual según corresponda mi ingreso salarial, la tarifa indicada en el Reglamento del Fondo Mutual de Garantías con destino a este fondo, el cual se liquidará sobre el saldo de mi crédito hasta la terminación del mismo, conforme a lo establecido por FONCOLOMBIA en el plan de pagos, el cual declaro conocer y desde ahora aceptar.

Con fundamento en lo anterior AUTORIZO a la Empresa para la que actualmente laboro o llegase a laborar, para que deduzca de mi salario la suma de _____ \$ _____

Finalmente, AUTORIZO a FONCOLOMBIA para diligenciar los espacios en blanco en este documento.

Para constancia se firma a los _____ () del mes de _____ de _____

Atentamente,

Escriba el texto aquí

FIRMA DEUDOR

Nombre _____
No. De documento de identidad _____
Dirección de Residencia _____
Tel. de Residencia _____ Tel Celular _____



PAGARE No _____

A LA ORDEN DEL FONDO DE EMPLEADOS FONCOLOMBIA

FECHA VENCIMIENTO

VALOR \$

Aprobado por resolución 3614 de diciembre 12 de 1994

DILIGENCIAR UNICAMENTE LOS DATOS DEL RECUADRO, FIRMAS DEL SOLICITANTE DEUDOR Y DEUDOR SOLIDARIO Y MANCOMUNADO. LOS DEMAS DATOS SERAN DILIGENCIADOS POR FONCOLOMBIA EN CASO DE AUTORIZACION DEL CREDITO

Nosotros _____ y _____ mayores de _____ edad, identificados con documentos de identidad N° _____ de _____ y N° _____ de _____ respectivamente, en virtud del presente título valor PAGARE, hacemos constar de manera expresa, por medio del presente instrumento que pagaremos solidaria e incondicionalmente a la orden de FONCOLOMBIA, fondo de empleados con domicilio principal en la ciudad de Bogotá o quien represente sus derechos, la suma de dinero recibido a título de mutuo comercial con intereses, bajo las siguientes cláusulas **PRIMERA: Valor:** pagaremos la suma de \$ _____, moneda legal colombiana. **SEGUNDA: Amortización:** Nos obligamos a pagar la suma declarada en la cláusula primera y sus intereses, en un plazo de _____ mediante cuotas _____ (\$ _____ (mensuales o quincenales) sucesivas, por valor de _____ (_____) cuotas, establecidas en el plan de pago o amortización del crédito, a través de descuento por libranza o en su defecto por pago directo a FONCOLOMBIA, pago periódico que iniciará el día _____ del mes _____ de _____ **TERCERA: Intereses corrientes:** Que sobre la suma establecida, se reconocerán intereses corrientes a la tasa del _____ efectiva anual (_____ %E.A.), intereses que serán cancelados _____ (mes vencido). **CUARTA: Intereses de Mora:** Cuando exista mora en el cumplimiento del plan de pagos señalados en la cláusula segunda de este pagaré, pagaremos por cada día de retraso y sobre el monto en mora, intereses liquidados a la tasa máxima legal permitida que se cobre en Colombia y que rija al momento de su cancelación, todo ello sin perjuicio de los derechos y acciones que pueda tener FONCOLOMBIA, para obtener el recaudo de la obligación. **QUINTA: Cláusula Aceleratoria:** El tenedor legítimo del presente pagaré podrá automáticamente en caso de incumplimiento o retardo en el pago de una cualquiera de las cuotas de amortización a capital o de los intereses por parte de los deudores solidarios, dará lugar a que el acreedor declare la caducidad del plazo y exija el pago de la totalidad de la deuda, extrajudicial o judicialmente. Igualmente, es entendido que FONCOLOMBIA, podrá exigir el cumplimiento de la obligación contenida en el presente pagaré en los siguientes casos: 1. Si los bienes y/o ingresos de cualquiera de los suscriptores son embargados o perseguidos por persona alguna, en ejercicio de cualquier tipo de acción. 2. Por muerte de cualquiera de los suscriptores. 3. Si los bienes dados en garantía demeritan, son gravados, enajenados en todo o en parte o dejan de ser garantía suficiente por cualquier causa; causal última que será aplicable a los aportes sociales y /o ahorros permanentes que respaldan las obligaciones de cada asociado. Los suscriptores deudores solidarios se comprometen solidariamente en los mismos términos que el deudor, en consecuencia aceptamos expresamente, que cuando respecto del deudor se presenten algunas de las causales de exigibilidad anticipada del plazo de la deuda, dicha causal opera automáticamente respecto de los deudores solidarios. En consecuencia no podrán oponerse al cobro que del pagaré haga el acreedor, cuando se verifique la causal de exigibilidad anticipada. **SEXTA: Extensión de la Responsabilidad Solidaria:** Nuestra responsabilidad solidaria e incondicional se extiende a todas las prórrogas, renovaciones o ampliaciones del plazo, que el Fondo de Empleados otorgue a cualquiera de nosotros, durante los cuales continuará sin modificación alguna nuestra obligación de solucionar solidaria e incondicionalmente las deudas aquí contenidas, las cuales aceptamos expresamente desde la fecha. **SEPTIMA: Costos:** Serán a nuestro cargo los impuestos o gravámenes que afectan la obligación bajo cualquier jurisdicción, de tal manera que todos los pagos se harán libres de impuestos, retenciones, deducciones y demás restricciones, debiendo recibir siempre FONCOLOMBIA la suma aquí especificada, y renunciando a favor del Fondo de Empleados a los beneficios legales, presentes o futuros, que lleguen a modificarla en su cuantía, exigibilidad o cualquier otro concepto relacionado con la promesa incondicional de pago que hacemos. **OCTAVA: Costos de Cobranza:** Asumiremos todos los costos en que FONCOLOMBIA o el tenedor legítimo incurra en conexión con el cobro de este pagaré, sea judicial o extrajudicialmente. **NOVENA: Autorización de Descuento:** FONCOLOMBIA queda autorizado para debitar todas las sumas de dinero que adeudamos, tales como capital intereses, impuestos, costos y gastos de la cobranza prejudicial y judicial de la cuenta de aportes sociales, ahorros permanentes, a la vista o a término, de cualquier depósito o suma de dinero que exista a nuestro nombre o a nombre de alguno de nosotros, cuando sea legalmente permitido. Que además de nuestra responsabilidad personal y sin perjuicio de las demás garantías que fueren pertinentes para garantizar este préstamo y sus intereses, así como cualquier suma que salga a deber a FONCOLOMBIA, autorizamos irrevocablemente a la entidad donde trabajamos o llegáramos a trabajar, para que descuento de nuestro sueldo con destino a la amortización del crédito sumas mensuales o quincenales indicadas en la tabla de amortización o plan de pagos, como también los gastos generados por la cobranza de la obligación. igualmente autorizamos irrevocablemente para que se descuenten de nuestras prestaciones sociales legales o extralegales o de cualquier suma de dinero que nos llegará a corresponder en virtud del contrato de trabajo, todas las obligaciones aquí establecidas y los valores descontados se entreguen a FONCOLOMBIA o su tenedor legítimo, para que sean abonados al presente pagaré al igual que nuestros aportes y/o depósitos de ahorros como asociados. Los suscritos deudores solidarios se comprometen solidariamente en los términos que el deudor y autorizan al señor pagador de la entidad donde trabajan para que descuento de su sueldo o prestaciones en la misma forma que el deudor en el caso de que éste no pueda pagar la obligación contraída en éste pagaré. **DECIMA: Cesión de Derechos:** FONCOLOMBIA podrá ceder sus derechos derivados de éste pagaré así como vender participaciones de sus derechos derivados de éste pagaré a uno o más personas jurídicas o naturales, sin notificar de este hecho a quienes suscribimos el pagaré. De igual manera FONCOLOMBIA queda autorizado para revelar a un potencial participante cualquier información que posea relacionada con quienes suscribimos este pagaré y con las obligaciones que en el se contraen. **DECIMA PRIMERA: Interpretación:** Este pagaré se regirá e interpretará por las leyes de la República de Colombia, autorizando desde ahora a FONCOLOMBIA para efectuar, elaborar o suscribir los documentos requeridos por las autoridades cambiarias conexas con la operación.

Suscribimos este pagaré en la ciudad de _____ el día _____ () del mes _____ de _____, fecha en la cual lo hemos entregado a FONCOLOMBIA para hacerlo negociable.

Atentamente,

FIRMA DEUDOR

Nombre _____

No. dto. de identidad _____

✓ Dirección de Residencia _____

Tel. de Residencia _____ Tel Celular _____

Correo electrónico personal _____

FIRMA DEUDOR SOLIDARIO

Nombre _____

No. dto. de identidad _____

Dirección de Residencia _____

Tel. de Residencia _____ Tel Celular _____

Correo electrónico personal _____



CARTA DE INSTRUCCIONES PARA DILIGENCIAR EL PAGARE

Aprobado por resolución 3614 de diciembre 12 de 1994

DILIGENCIAR ÚNICAMENTE LOS DATOS DEL RECUADRO, FIRMAS DEL SOLICITANTE DEUDOR Y DEUDOR SOLIDARIO Y MANCOMUNADO. LOS DEMAS DATOS SERAN DILIGENCIADOS POR FONCOLOMBIA EN CASO DE AUTORIZACION DEL CREDITO

Señores
FONCOLOMBIA
La Ciudad

Nosotros _____, _____ y _____
mayores de _____
edad, identificados con documentos de identidad N° _____ de _____,
N° _____ de _____ y N° _____ de _____
obrando en calidad de deudor y deudores solidarios, autorizamos a FONCOLOMBIA o cualquier otro tenedor legítimo del pagaré que hemos suscrito en la fecha a favor de FONCOLOMBIA, para que haciendo uso en las facultades conferidas en el artículo 622 del Código de Comercio llene los espacios en blanco en el pagaré No. _____, para lo cual debe ceñirse a las siguientes instrucciones:

- 1) FONCOLOMBIA o su tenedor legítimo podrá llenar los espacios en blanco del pagaré identificado anteriormente, cuando se presente una de las circunstancias de exigibilidad contenidas en la cláusula QUINTA del texto del pagaré objeto de esta autorización.
- 2) FONCOLOMBIA o su tenedor legítimo están facultados por los DEUDORES, podrá llenar todo espacio en blanco que haya quedado en el pagaré y en especial el valor de las sumas debidas, incluyendo capital, interés mensual de plazo o moratorio, e acuerdo a la tasa que resultará de la aplicación de lo convenido en el pagaré.
- 3) La fecha de exigibilidad de la obligación será la que corresponda al periodo en el cual se presenten las circunstancias de exigibilidad de la obligación de que se trata la QUINTA del pagaré.
- 4) El monto del pagaré será igual al valor del capital que cualquiera de los deudores o suscriptores resulten deber a FONCOLOMBIA por cualquier concepto al momento de ser llenados los espacios en blanco de acuerdo a la liquidación que efectúe FONCOLOMBIA la cual es aceptada expresamente por los DEUDORES.
- 5) Para llenar el pagaré de FONCOLOMBIA, no requiere dar aviso a los firmantes del mismo.

Para constancia se firma en La ciudad de _____ a los _____ () del mes de _____ de _____

Atentamente,

FIRMA DEUDOR

Nombre _____
No. De dto. de identidad _____
Dirección de Residencia _____
Tel. de Residencia _____ Tel Celular _____
Correo electrónico personal _____

FIRMA DEUDOR SOLIDARIO

Nombre _____
No. De dto. de identidad _____
Dirección de Residencia _____
Tel. de Residencia _____ Tel Celular _____
Correo electrónico personal _____

FIRMA DEUDOR SOLIDARIO

Nombre _____
No. De dto. de identidad _____
Dirección de Residencia _____
Tel. de Residencia _____ Tel Celular _____
Correo electrónico personal _____

SOLICITUD PARA SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.



INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA (ESPACIO EXCLUSIVO PARA ASESOR)

Ofc Radicación: _____ Póliza No.: _____ Fecha Inicio de Vigencia: _____ Fecha Fin de Vigencia: _____ Número Solicitud: **0004298**

Póliza Nueva Ingreso Modificación Renovación

Forma de pago prima

Mensual Trimestral Semestral Anual

Sistema de ajuste

Anual (Cobro de Ajuste Fin Vigencia) Mensual (Cobro de Ajuste en el Mes)

INFORMACIÓN DE INTERMEDIACIÓN (ESPACIO EXCLUSIVO PARA ASESOR)

Asesores que participan en el seguro. Indique los datos del Líder: Razón Social o Nombre del Asesor Código Asesor % Participación Otro Asesor que participe en el seguro. Indique Razón Social o Nombre del Asesor Código Asesor % Participación (Primero Nombres, luego Apellidos)

INFORMACIÓN DEL TOMADOR

Tipo de Identificación: C.C. C.E. PA. NIT. Número de Identificación: _____ Razón Social y/o Nombres y Apellidos (Primero Nombres, luego Apellidos): _____ Tipo de Institución: Pública Privada

Dirección Correspondencia: _____ Ciudad / Departamento: _____ Correo Electrónico: _____ Teléfono (sin indicativo): _____

INFORMACIÓN DEL DEUDOR

Tipo de Identificación: C.C. C.E. PA. Número de Identificación: _____ Nombres y Apellidos del Asegurado Principal (Primero Nombres, luego Apellidos): _____ Sexo: F M. Fecha de Nacimiento AAAA MM DD: _____

✓ Peso (Kg): _____ Estatura (en cms): _____ Ciudad: _____ Departamento: _____ Teléfono (Sin indicativo): _____ Celular: _____

Dirección Correspondencia: _____ Correo Electrónico: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Valor Crédito \$: _____ Modalidad de Valor Asegurado: Saldo Insoluto Valor inicial Crédito (Constante) Amparos: Vida Incapacidad Total y Permanente Bono para Gastos Funerarios (pago único) _____ % \$ _____ Valor Asegurado: _____ VALOR PRIMA (según forma de pago pactada) \$: _____

INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS - DEUDORES

"El tomador hasta el saldo insoluto de la deuda. El remanente corresponderá a los beneficiarios libremente designados por el asegurado o en su defecto los de ley"

INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS VOLUNTARIOS

Con derecho a Acrecimiento SI NO

Identificación Tipo	Número	Nombre y Apellidos	%	Parentesco	Identificación Tipo	Número	Nombre y Apellidos	%	Parentesco

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

1. ¿Tiene, ha tenido o le han diagnosticado: Enfermedades cardiovasculares Infarto del miocardio Arritmias Hipertensión arterial Colesterol (Tratado con medicamentos) Triglicéridos altos (Tratados con medicamentos) Derrames Isquemia o trombosis cerebral Epilepsia Enfisema (EPOC) Bronquitis Crónica Cáncer Leucemia Lupus Tumores malignos SIDA o VIH positivo Insuficiencia Renal Esclerosis múltiple Artritis reumatoidea Diabetes Pancreatitis Hepatitis B o C Cirrosis Retardo mental Trastornos psiquiátricos Colitis Hipertiroidismo Parálisis Deformidades corporales Ceguera Sordera total o parcial Hernia de columna Pérdida funcional o anatómica Otra Enfermedad, ¿Cuál? _____ Ha estado en tratamiento para: Alcoholismo Drogadicción SI NO

En caso que usted haya contestado positivamente a la pregunta anterior debe diligenciar la siguiente información:

Nombre del Médico tratante	Nombre de la Institución Médica	EPS	Enfermedad	Nombre del Médico tratante	Nombre de la Institución Médica	EPS	Enfermedad
1.				2.			

2. ¿Ha estado incapacitado u hospitalizado en el último año por más de 60 días, en la actualidad se encuentra en algún tratamiento o estudio médico o sabe si será hospitalizado o intervenido quirúrgicamente? En caso que usted haya contestado positivamente a la pregunta anterior debe diligenciar la siguiente información: SI NO

Nombre del Médico tratante	Nombre de la Institución Médica	EPS	Enfermedad	Nombre del Médico tratante	Nombre de la Institución Médica	EPS	Enfermedad
1.				2.			

Observaciones

CLÁUSULA DE GARANTÍA

El seguro entrará en vigor cuando en virtud de la aprobación y evaluación de esta solicitud y de los documentos requeridos SURAMERICANA acepte el riesgo. Declaramos que gozamos de buena salud y que la información que suministro en este documento solicitud de seguro de vida es cierta. Que mi ocupación esta permitida por la ley y no ejerzo actividades ilícitas ni de alto riesgo. Aceptamos que esta declaración sea parte integrante del contrato de seguro y que SURAMERICANA no asume responsabilidad alguna si no mediante la expedición de la póliza de certificación expresada cobertura.

AUTORIZACIÓN PARA SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA Y OTROS: Yo (nosotros) autorizamos expresamente a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A., a: -Solicitar copia íntegra de mi (nuestra) historia clínica a los prestadores de servicio de salud. Dicha información, deberá contener, el resultado de los exámenes paraclínicos y complementarios, así como cualquier información referida a los datos que en ella se registren o lleguen a registrarse. Declaramos así mismo, que dicha información deberá ser utilizada por parte de SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A., con fines de suscribir el seguro de vida y atender las reclamaciones que de este se deriven.

- Compartir con Enlace Operativo S.A., o el tercero que haga sus veces, mi (nuestra) información personal otorgada en virtud de este contrato con la única finalidad de que esta utilice dicha información para apoyar las labores operativas del proceso de expedición. - Consultar y reportar a las centrales de riesgos o cualquier otra entidad autorizada, mi (nuestra) información confidencial, que resulte de las operaciones que llevamos a cabo con la póliza y de los demás servicios que surjan de esta relación comercial o contrato que declaramos conocer y aceptar entodas sus partes. - Intercambiar información con fines estadísticos entre las compañías aseguradoras o con otra entidad a la que me (nos) encuentre (encontremos) afiliado (s).

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO POR MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA : DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1152 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, EL NO PAGO DE LAS PRIMAS O DE SUSFRACCIONES DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA FECHA DE CADA VENCIMIENTO PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO.

CERTIFICACIÓN Y ACEPTACIÓN DEL TOMADOR.

Certifico (amos) que el Asesor (me) nos explico coberturas y exclusiones del contrato, y la información contenida en la solicitud. Además haber leído, entendido y aceptado los textos incorporados en esta solicitud de seguros

Firma del Afiliado o Tomador
Número de Identificación



Huella Índice Derecho
Afiliado o Tomador

Fecha de diligenciamiento Formato (AAAA/MM/DD)

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: T: Tarjeta de Identidad - C.C.: Cédula de Ciudadanía - C.D.: Carné Diplomático - C.E.: Cédula de Extranjería - PA: Pasaporte - NIT: Número de Identificación Tributaria - PARENTESCO: PR: Progenitor (Padre-Madre) CP: Compañero(a) Permanente - HI: Hijo - FA: Familiar Am: Amigo - AF: Afiliado - SEXO: F: Femenino - M: Masculino - ESTADO CIVIL: S: Soltero - C: Casado - V: Viudo - U: Unión Libre - D: Divorciado.