

FONDO DE EMPLEADOS DE LA REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NIT. 860.074.958-8 PERSONERÍA JURÍDICA No. 00465 de Junio 26 de 1967 Superintendencia Nacional de Cooperativa

SOLICITUD DE CRÉDITO



Por favor diligencie completamente toda la información aquí requerida, debe adjuntar copia de Documento de identificación y último desprendible de nomina tanto del Déudor como de los Codeudores

CIUDAD _____ FECHA _____ No. RADICACIÓN _____

VALOR SOLICITADO \$ _____ MODALIDAD _____ PLAZO (MESES) _____

GARANTÍA OFRECIDA _____ QUE CRÉDITOS RECOGE EN FONREGINAL _____

DEUDOR

NOMBRES Y APELLIDOS _____

C.C. No. _____ EXPEDIDA EN: _____ EDAD _____ ESTADO CIVIL _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ DIRECCIÓN DE RESIDENCIA _____

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA VALOR COMERCIAL \$ _____ MATRICULA INMOBILIARIA No. _____

ARRENDADA FAMILIAR CIUDAD _____ TIEMPO DE RESIDENCIA _____

TELÉFONO FIJO _____ CELULAR _____ E-MAIL _____

ENTIDAD DONDE LABORA _____ TELÉFONO _____ EXT _____

*TIPO DE CONTRATO: DE CARRERA INDEFINIDO LIBRE NOMBRAMIENTO TERMINO FIJO PENSIONADO

SALARIO \$ _____ CARGO _____ ANTIGÜEDAD _____

OTROS INGRESOS \$ _____ ORIGEN DE OTROS INGRESOS _____

EGRESOS MENSUALES \$ _____

REFERENCIA FAMILIAR QUE NO VIVA CON USTED TELÉFONO FIJO _____ CELULAR _____ CIUDAD _____

REFERENCIA PERSONAL QUE NO VIVA CON USTED TELÉFONO FIJO _____ CELULAR _____ CIUDAD _____

AUTORIZO EL DESEMBOLSO DEL CRÉDITO ASÍ:

No: DE CUENTA _____ BANCO _____ CHEQUE

AHORROS CORRIENTE A NOMBRE DE: _____

NOMBRE DE TITULAR _____

C.C. O NIT: _____ C.C. O NIT: _____

CODEUDOR

NOMBRES Y APELLIDOS _____

C.C. No. _____ EXPEDIDA EN: _____ EDAD _____ ESTADO CIVIL _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ DIRECCIÓN DE RESIDENCIA _____

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ARRENDADA FAMILIAR CIUDAD _____ TIEMPO DE RESIDENCIA _____

TELÉFONO FIJO _____ CELULAR _____ E-MAIL _____

ENTIDAD DONDE LABORA _____ TELÉFONO _____ EXT _____

*TIPO DE CONTRATO: DE CARRERA INDEFINIDO LIBRE NOMBRAMIENTO TERMINO FIJO PENSIONADO

SALARIO \$ _____ CARGO _____ ANTIGÜEDAD _____

OTROS INGRESOS \$ _____ ORIGEN DE OTROS INGRESOS _____ EGRESOS MENSUALES _____

CODEUDOR

NOMBRES Y APELLIDOS _____

C.C. No. _____ EXPEDIDA EN: _____ EDAD _____ ESTADO CIVIL _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ DIRECCIÓN _____

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ARRENDADA FAMILIAR CIUDAD _____ TIEMPO DE RESIDENCIA _____

TELÉFONO FIJO _____ CELULAR _____ E-MAIL _____

ENTIDAD DONDE LABORA _____ TELÉFONO _____ EXT _____

*TIPO DE CONTRATO: DE CARRERA INDEFINIDO LIBRE NOMBRAMIENTO TERMINO FIJO PENSIONADO

SALARIO \$ _____ CARGO _____ ANTIGÜEDAD _____

OTROS INGRESOS \$ _____ ORIGEN DE OTROS INGRESOS _____ EGRESOS MENSUALES _____

SOLICITUD DE CRÉDITO



Por favor diligencie completamente toda la información aquí requerida, debe adjuntar copia de Documento de identificación y último desprendible de nomina tanto del Déudor como de los Codeudores

★ TIPO DE CONTRATO

CARRERA: Funcionarios inscritos en carrera administrativa

INDEFINIDO: Aplica para servidores público, no incluidos carrera administrativa.

TERMINO FIJO: Servidores públicos provisionales con vinculación definida, empleados del sector privado con contrato a termino definido.

Autorizo(amos) a FONREGINAL a reportar, procesar, solicitar y divulgar a la Central de Información financiera CIFIN o a cualquier otra entidad que maneje o administre base de datos con los mismos fines, toda la información referente a mi (nuestro) comportamiento que surja por cualquier vínculo que posea con la entidad. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mi (nuestras) obligaciones frente a la entidad, igualmente acepto (amos) que conozco toda la información correspondiente al crédito que estoy solicitando de acuerdo con las disposiciones legales reglamentarias, vigentes, así mismo consultar con talento humano si hay embargos sobre mi sueldo. Así mismo autorizo (amos) a FONREGINAL para consultar cualquier base o información de la empresa o quien haga sus veces que genere el vínculo laboral, referente a los embargos o procesos judiciales, en mi (nuestra) contra. Así mismo autorizo consultar o conseguir el Banco y numero de mi cuenta de ahorros o corriente donde me consignen mi mesada salarial.

FIRMA SOLICITANTE	FIRMA CODEUDOR	FIRMA CODEUDOR	FIRMA CODEUDOR
C.C. _____	C.C. _____	C.C. _____	C.C. _____
Huella _____	Huella _____	Huella _____	Huella _____

PARAMETROS DE DECISION

Comité de Crédito Comité de Gerencia Junta Directiva Fecha _____

Aprobado Aplazado Negado Monto \$ _____

Plazo _____ Meses Tasa de Interés _____ %

Amortización _____ Línea de Crédito _____

Cancela Créditos _____

Garantías _____

Forma de pago Por nómina Por caja el _____ de cada mes, Por débito el _____ de cada mes,

Observaciones _____

ESTUDIARON Y APROBARON

FIRMA _____
NOMBRE _____

FIRMA _____
NOMBRE _____

FIRMA _____
NOMBRE _____

FIRMA _____
NOMBRE _____

SOLICITUD INDIVIDUAL PARA SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES



NIT. 860.524.654-6

DATOS DEL TOMADOR

TIPO DE DOCUMENTO NIT No. _____		RAZON SOCIAL	
DIRECCION	TELEFONO	CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

TIPO DE DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE No. _____		LUGAR DE EXPEDICIÓN		FECHA DE EXPEDICIÓN		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 M F	ESTADO CIVIL <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		
PESO KG	ESTATURA MTS	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
Lupus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arritmas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aneurismas Cerebrales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cataratas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psoriasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trauma Medular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desprendimiento de Retina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esclerosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parkinson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ceguera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S. de Sjogren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemofilia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Guillen Barre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hipoacusia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EPOC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Esclerosis Multiple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Disfonía Crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Insuficiencia Renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis Rematoidea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fibrosis Pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis B,C o Delta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión Arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oxigenodependencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Esquizofrenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cirrosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuficiencia Cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno Bipolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Síndrome Mental Organico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bloqueos Cardíacos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ACV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos de Discos Vertebrales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						Enfermedades valvulares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Aterosclerotica del Corazón	<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

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, SE RESERVA LOS DERECHOS DE SOLICITAR REQUISITOS ADICIONALES SI LO ESTIMA CONVENIENTE, ASI COMO DECLINAR O EXTRAPRIMAR CUALQUIER SOLICITUD QUE NO ESTE DE ACUERDO CON LAS NORMAS DE SELECCIÓN

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 para las siguientes finalidades: 1) Desarrollar las actividades propias del Contrato de Seguro; 2) Ofrecer productos y servicios de LA ASEGURADORA, ser llamado para la realización de encuestas de satisfacción, confirmar la participación a eventos, y la realización de campañas promocionales de la **ASEGURADORA**. SI NO

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. SI NO

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. SI NO

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**