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

Fonreginal
ESFUERZO DE TODOS

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 F _____ QUE CRÉDITOS RECOGE EN FONREGINAL _____

DEUDOR

NOMBRES Y APELLIDOS F _____

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 _____

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 CREDITO

Fonreginal
ESFUERZO DE TODOS

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
C.C. Huella

FIRMA CODEUDOR
C.C. Huella

FIRMA CODEUDOR
C.C. Huella

PARAMETROS DE DECISION

Comité de Crédito ☐ Comité de Gerencia ☐ Junta Directiva ☐ Fecha _____

Aprobado ☐ Aplazado ☐ Negado ☐ Monto $ _____

Plazo _____ Meses Tasa de Interés _____ %

Amortización _____ Linea 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

Aseguradora Solidaria de Colombia
¡ Siempre junto a ti !

Compañía de Seguros

◯ ASEGURADO PRINCIPAL ◯ ASEGURADO EXTENSIVO

DATOS DEL TOMADOR

NIT NO.	RAZÓN SOCIAL:		
860074958 - 8	FONREGINAL		
DIRECCIÓN: AV CLL 26 51 - 50 OFC 1 - 10	**TELÉFONO:** 619143953	**CIUDAD / MUNICIPIO:** BOGOTÁ	**DEPARTAMENTO:** CUNDINAMARCA

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

◯ CC ◯ CE ◯ PASAPORTE ◯ OTRO ¿CUÁL? _____ No. _____ | LUGAR DE EXPEDICIÓN: | FECHA DE EXPEDICIÓN: DÍA MES AÑO

PRIMER APELLIDO:	**SEGUNDO APELLIDO:**	**PRIMER NOMBRE:**	**SEGUNDO NOMBRE:**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**TELÉFONO/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** SOLTERO ◯ CASADO ◯ VIUDO ◯ SEPARADO ◯ DIVORCIADO ◯ UNIÓN LIBRE ◯

PESO KG | **ESTATURA** MTS | DIESTRO ◯ ZURDO ◯ AMBIDIESTRO ◯ | **DEPORTES QUE PRACTICA:**

OCUPACIÓN DETALLADA: | **VALOR ASEGURADO** $ | **INGRESOS MENSUALES** $

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD ASEGURADO

Las declaraciones registradas en el presente documento serán 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; así mismo, en cumplimiento de la Ley 2475 de 2025, se informa al solicitante que le asiste el derecho al olvido oncológico, en los términos del parágrafo adicionado al artículo 1058 del Código de Comercio.

Por lo anterior, declaro que el presente documento es diligenciado de manera personal y/o bajo mi consentimiento.

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

	SI	NO		SI	NO		SI	NO
Enfermedades del sistema autoinmune (lupus, síndrome de Sjögren, psoriasis, etc.)	◯	◯	**VIH / SIDA**	◯	◯	**Enfermedades del sistema respiratorio** (asma, EPOC, oxigenodependencia, etc.)	◯	◯
Diabetes mellitus	◯	◯	**Enfermedades del corazón**	◯	◯	**Enfermedades del hígado** (cirrosis, hepatitis B, C, D, etc.)	◯	◯
HTA (hipertensión arterial)	◯	◯	**Enfermedades mentales**	◯	◯	**Trastornos de discos vertebrales**	◯	◯
Artritis reumatoidea	◯	◯	**Enfermedades de los órganos de los sentidos**	◯	◯	**Enfermedades neurológicas**	◯	◯

2. ¿Ha padecido, padece o es tratado actualmente de alguna enfermedad o condición relacionada con su salud e integridad física 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** ◯

5. En caso de haber contestado afirmativamente alguna de las preguntas anteriores, detallar:

ENFERMEDAD	FECHA DE DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO

Ley de Olvido Oncológico "2475 de 2025": De conformidad con las definiciones establecidas por el Instituto Nacional de Cancerología, se entenderá por "superación de la enfermedad" la condición de paciente en remisión completa o sin evidencia de enfermedad posterior a la finalización de tratamiento con intención de cura; por su parte, la "finalización del tratamiento" corresponde al momento en el que culminan las intervenciones terapéuticas dirigidas al control o erradicación de la enfermedad oncológica activa, incluyendo cirugía, quimioterapia, radioterapia u otras terapias sistémicas administradas con intención de cura.

Si terminó su tratamiento contra el cáncer hace más de 4 años (o más de 2 años si fue diagnosticado siendo menor de edad), no está obligado a informar ese antecedente en esta solicitud.

De acuerdo con el texto anterior, por favor responda:

6. ¿Durante los últimos cuatro (4) años siendo mayor de edad, desde la fecha de suscripción del presente seguro, usted ha sido diagnosticado, tratado o ha presentado recaída de algún tipo de cáncer? **SI** ◯ **NO** ◯

7. ¿Durante los últimos dos (2) años siendo menor de edad, desde la fecha de suscripción del presente seguro, usted ha sido diagnosticado, tratado o ha presentado recaída de algún tipo de cáncer? **SI** ◯ **NO** ◯

Cuestionario correspondiente a Incapacidad Total y Permanente:

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

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

10. ¿Está tramitando el reconocimiento legal de pérdida de capacidad laboral permanente? **SI** ◯ **NO** ◯

BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO

TIPO	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	AFINIDAD	% DESIG.
1.							
2.							
3.							
4.							

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
GERENCIA DE PROCESOS Y EXCELENCIA OPERACIONAL FM-MDPP-97

AUTORIZACIÓN PARA CENTRALES DE RIESGO

Autorizo de manera previa, expresa y voluntaria a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, o a quien represente sus derechos a consultar, almacenar, actualizar, conservar, compilar, modificar, 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

Declaro que ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA me ha informado: 1) Que la política de tratamiento de datos y el Manual de Tratamiento de Datos Personales se encuentran en la página web: https://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, derecho que se puede ejercer a través de la línea de protección de datos establecida en la página web y el correo electrónico tratamientodatos@solidaria.com.co.

Autorizo de manera previa, expresa e informada a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA y/o cualquier sociedad controlada, directamente o indirectamente, que tengan participación accionaria o sean asociados, domiciliadas en Colombia y/o en el exterior, terceros contratados por esta o a quien la represente, en adelante LA ASEGURADORA, que actuará como Responsable del tratamiento y en tal virtud podrá recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, transferir, transmitir, actualizar, usar, grabar y conservar mis datos personales, incluyendo datos financieros, crediticios, sensibles y de menores en calidad de su representante legal, para las siguientes finalidades:

i) El trámite de mi solicitud de vinculación como consumidor financiero, deudor, contraparte contractual y/o proveedor. ii) El proceso de negociación de contratos con LA ASEGURADORA, incluyendo la determinación de primas, la selección de riesgos y toda la fase precontractual. iii) La ejecución y el cumplimiento de los contratos que celebre. iv) El control y la prevención del fraude. v) La liquidación y pago de siniestros. vi) Todo lo que involucre la gestión integral del seguro contratado, incluida la gestión y cobro de cartera. vii) Controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral. viii) La elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general, estudios de técnica aseguradora. ix) Envío de información relativa a la educación financiera, encuestas de satisfacción de clientes y ofertas comerciales de seguros, así como de otros servicios inherentes a la actividad aseguradora. x) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. xi) Intercambio o remisión de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales e intergubernamentales suscritos por Colombia. xii) La prevención y control del lavado de activos y la financiación del terrorismo. xiii) Recolectar mis datos personales sensibles, como datos biométricos, las huellas dactilares, 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. Autorizo a la Aseguradora para acceder y tratar la información médica estrictamente necesaria para la valoración del riesgo y el cumplimiento del contrato de seguro en los términos permitidos por la legislación aplicable, incluida la Ley 2475 de 2025 (Ley de Olvido Oncológico). xiv) 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. xv) Recolectar 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.

El tratamiento podrá ser realizado directamente por LA ASEGURADORA o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

Que los datos podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas, a: i) Las personas jurídicas que tienen la calidad de filiales, subsidiarias o vinculadas, o de matriz de LA ASEGURADORA. ii) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, tales como: ajustadores, call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, entre otros. iii) LOS INTERMEDIARIOS DE SEGUROS que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro. iv) Las personas con las cuales LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS adelante gestiones para efectos de celebrar contratos de Coaseguro o Reaseguro. v) FASECOLDA, INVERFAS S.A. y el INIF, personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraudes, la selección de riesgos, y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales.

RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: Que el responsable del tratamiento de la información es LA ASEGURADORA. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfieran, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal v) del párrafo anterior, serán entre otros:

a) FASECOLDA cuya dirección es Carrera 7 No. 26 - 20 Pisos 11 y 12, correo electrónico: fasecolda@fasecolda.com Tel. 3443080 de la ciudad de Bogotá D.C.
b) INVERFAS S.A. cuya dirección es Carrera 7 No. 26 - 20 Piso 11, correo electrónico: inverfas@fasecolda.com Tel. 3443080 de la ciudad de Bogotá D.C.
c) INIF - Instituto Nacional de Investigación y Prevención del Fraude al Seguro cuya dirección es Carrera 13 No. 37-43, piso 8, correo electrónico: directoroperativo@inif.com.co Tel. 2320105 de la ciudad de Bogotá D.C.

Con la firma en el presente documento, de manera expresa AUTORIZO el Tratamiento de los datos personales, incluidos los sensibles y de menores en calidad de su representante legal, y autorizo, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que me fueron informados en este documento.

CANALES AUTORIZADOS

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN: Declaro conocer y estar informado que los canales que a continuación se relacionan, pueden ser utilizados por LA ASEGURADORA para realizar gestiones de cobranza, así como para el envío de mensajes publicitarios a través de mensajes cortos de texto (SMS), mensajería por aplicaciones web, correos electrónicos y llamadas telefónicas de carácter comercial o publicitario, todo dentro del marco legal aplicable. De esta manera, AUTORIZO expresamente para ser contactado por LA ASEGURADORA y/o sus gestores comerciales, de cobranza e intermediarios, para los fines mencionados en la presente declaración, mediante los canales: Presencial, telefónico, correo electrónico, en algunos casos mensajes de texto y WhatsApp por medio de gestión automática y cualquier otro que en adelante pueda surgir. En caso de que voluntariamente desee cambiar el canal de contacto o tener un canal exclusivo para la gestión de cobranza y/o para fines comerciales, podrá hacerlo a través del WhatsApp “CAMI” 3142034106, opción 4 de información general.

CONSTANCIA DE ASESORÍA

Certifico que he recibido y entendido la siguiente información de conformidad con la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera:

1) Los derechos y obligaciones emanados del contrato de seguro y de las condiciones particulares de la póliza.
2) El alcance de la cobertura, las exclusiones y de las garantías de los productos de seguros ofrecidos.
3) El alcance de los servicios de intermediación.
4) Los costos del producto y su comercialización, de acuerdo con lo establecido en el art. 9 de la Ley 1328 de 2009.
5) La forma de vinculación contractual del intermediario con la entidad aseguradora y su estado de inscripción en el Sistema Unificado de Consulta de Intermediarios de Seguros (SUCIS).
6) La responsabilidad que como intermediario le corresponde frente al consumidor financiero.
7) La autorización otorgada por la entidad aseguradora para comercializar el producto de seguros ofrecido.
8) El procedimiento, plazos y documentación a tener en cuenta para la reclamación de un siniestro.
9) Los canales por medio de los cuales puede formular una petición, queja o reclamo.
10) La información correspondiente a la Ley 2475 de 2025 de olvido oncológico.

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 como mi oficio, declarados en la presente solicitud, son lícitos y los 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. He comprendido lo informado referente a la Ley 2475 de 2025 de olvido oncológico. **SI** ◯ **NO** ◯

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

_____
Firma del Solicitante

_____
Nombre del Solicitante

_____
No. de documento

HUELLA ÍNDICE DERECHO

Firma del funcionario (suscripción): _____

◯ Aprobado
◯ Aplazado
◯ Rechazado
◯ Extraprima por Salud

Fecha: **Día** **Mes** **Año**

Observaciones:
_____
_____

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

GERENCIA DE PROCESOS Y EXCELENCIA OPERACIONAL FM-MDPP-97