

FECHA

AA	MM	DD

SOLICITANTE

COODEUDOR 1

COODEUDOR 2

DATOS DEL ASOCIADO

1er. APELLIDO 2do. APELLIDO NOMBRES

C.C. Sueldo \$ Celular Ext. e-mail:

DIRECCIÓN:

ESTADO CIVIL: SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/>	PERSONAS A CARGO: 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2-3 <input type="checkbox"/> >=4 <input type="checkbox"/>	TIPO DE VIVIENDA: PROPIA <input type="checkbox"/> ARRENDADA <input type="checkbox"/> FAMILIAR <input type="checkbox"/> INGRESOS ADICIONALES: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	OCUPACIÓN: ASALARIADO <input type="checkbox"/> PENSIONADO <input type="checkbox"/> RENTISTA <input type="checkbox"/> INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/>	TIPO DE CONTRATO LABORAL: INDEFINIDO <input type="checkbox"/> FIJO <input type="checkbox"/> OBRA Ó LABOR <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>	AÑOS ANTIGÜEDAD ACTIVIDAD: <1 <input type="checkbox"/> 3-5 <input type="checkbox"/> 1-3 <input type="checkbox"/> >5 <input type="checkbox"/>
--	--	--	--	---	---

INFORMACIÓN DEL CRÉDITO

VALOR SOLICITADO \$ PLAZO EN MESES

LÍNEA DE CRÉDITO: ORDINARIO LIBRE INVERSIÓN PLUS ESPECIAL MERCANCÍAS TARJETA G.E.S. OTRO
LIBRE INVERSIÓN EDUCATIVOS PRIMAS EXTRAORDINARIO CONVENIOS

Para efectos de convenio autorizo a Coomonómeros renovación automática con el proveedor SI NO PROVEEDOR

DECLARACIÓN DEL ESTADO DE SALUD DEL ASEGURADO

YO, EL ABAJO FIRMANTE, DECLARO QUE: (Marcar con una X)

- No conozco o no me han diagnosticado ningún tipo de enfermedad: por lo tanto me encuentro en buen estado de salud.
- Padezco o he padecido las enfermedades que a continuación marco con X:

SI NO

¿Ha padecido o se le ha diagnosticado algún tipo de enfermedad: cardiovascular, cerebrovascular, pulmonar, neurológica, mental, tiroides, lupus, renal, gastrointestinal, hipertensión arterail, cáncer, diabetes, SIDA, o alguna otra enfermedad grave, crónica o infecciosa?
¿cual?

¿A la fecha padece algún tipo de enfermedad o malformación?

¿Tiene previsto someterse próximamente a alguna intervención quirúrgica?

Si su respuesta ha sido afirmativa en alguna de las preguntas anteriores, por favor especifique a continuación fechas y médico tratante.

Si el cliente declara haber padecido alguna enfermedad de las antes mencionadas debe solicitar autorización a GENERALI COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. y /o GENERALI COLOMBIA VIDA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. "GENERALI"

Reitero que lo manifestado en esta declaración es verídico y que las respuestas que he de dar al médico que me reconozca según el caso y que las que figuren en esta declaración de mi estado de salud, serán base para la expedición de la póliza de seguro, rehabilitación o modificación de la misma y en que GENERALI no asume responsabilidad alguna, si no mediante la expedición de la póliza o certificado de rehabilitación o modificación, previo pago de la prima de seguro siempre que entonces me encontráre en buen estado de salud. Si se comprobare en cualquier tiempo que en tales declaraciones ha habido por mi parte error, falsedad, omisión o reticencia que de haber sido conocidas por GENERALI, hubieran inducido a rechazar el riesgo, disminuir su cuantía o cobrar una prima superior a la cotizada inicialmente, acepto la anulación de la póliza o la disminución de su valor a elección de la Aseguradora.

De Conformidad con lo estipulado en el artículo 34 de la Ley 23 de 1981 y de tales normas autorizo a GENERALI, para que a partir de la firma de la presente solicitud y aún después de mi muerte, solicite y reciba de cualquier entidad prestadora de servicios de salud que me haya atendido, copia de mi historia clínica y de todos aquellos documentos que en ella se registren o lleguen a ser registrados y de sus anexos.

RENUNCIA

Con fundamento en la libertad contractual y autonomía privada, renuncio a la cobertura de la póliza vida deudores, en razón a que me informaron sobre sus exclusiones por preexistencia y Edad superior a 70 años.

FIRMA

AUTORIZACIONES

AUTORIZACIÓN PARA DESCUENTOS: Autorizo de manera expresa e irrevocable a NIT: descontar de mi sueldo y poner a disposición de la COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO COOMONOMEROS NIT.800.000.122-2 la suma indicada en la presente libranza de acuerdo a la ley 1527 del 27 de abril de 2012. en caso de renunciar al empleo o que la empresa prescinda de mis servicios antes de la cancelación total de esta libranza, me permito autorizarlo para retener cualquier suma que deba por salario, indemnizaciones, bonificaciones, prestaciones sociales o cualquier otro concepto, la cantidad que sea necesaria para cubrir el saldo pendiente. Además en el evento de cambiar de empleador autorizo la continuidad de los descuentos pactados de acuerdo a las leyes vigentes.

AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE RIESGO: Obrando en nombre propio, de manera voluntaria declaro que lo consignado aquí así como también los documentos suministrados son ciertos. Expresamente autorizo de manera irrevocable a Coomonómeros para obtener de fuentes autorizadas información y referencias relativas a mi comportamiento comercial y crediticio, hábitos de pago, manejo de mis obligaciones generales y para consultar en cualquier momento con la Asociación Bancaria y/o Centrales de riesgo. Autorizo de manera irrevocable a Coomonómeros para que reporte mi endeudamiento en los archivos de deudores llevados por la Asociación Bancaria. Cifin, Datacrédito o cualquier otra entidad que con el mismo fin se establezca en el futuro y para que en caso de incumplimiento, incluya en los archivos de deudores morosos o con referencias negativas llevadas por dichas entidades, mi nombre y documento de identificación. Exoneró de toda responsabilidad a Coomonómeros y a la entidad propietaria del archivo en que se registre la información, de los perjuicios que yo pueda sufrir a consecuencia de dicho registro. Reconozco y acepto que Coomonómeros no es responsable de los periodos de permanencia de tal información en las centrales, toda vez que su obligación es la actualización de los reportes efectuados. En constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, firmo el presente documento.

AUTORIZACIÓN PARA CONVENIOS: Autorizo a Coomonómeros renovación automática con el proveedor en los Convenios que suscribo. Cuando por cualquier motivo quiera suspender dicho Convenio, informaré con treinta (30) días de anticipación; teniendo en cuenta las cláusulas de permanencia que exija el proveedor.

AUTORIZACIÓN DE CUENTA PARA ABONOS ELECTRÓNICOS Autorizo que los pagos que Coomonómeros me haga relacionados con éste préstamo, a mi favor, me sea abonado a la cuenta que a continuación autorizo y de la cual soy titular:

NOMBRE DE LA ENTIDAD <input type="text"/>	Nº DE LA CUENTA <input type="text"/>	CIUDAD <input type="text"/>	CUENTA DE AHORROS <input type="checkbox"/>	CUENTA CORRIENTE <input type="checkbox"/>
			CHEQUE <input type="checkbox"/>	

Firma Asociado

HUELLA ÍNDICE

C.C. N°

OBSERVACIONES:

NO SE RECIBEN FORMULARIOS CON ENMENDADURAS Y QUE NO ESTÉN COMPLETAMENTE DILIGENCIADOS

ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DE LA COOPERATIVA

RESPONSABLE DE LA VERIFICACIÓN