



TOMADOR: BANCO CREDIFINANCIERA S.A., NIT.: 900.200.960 - 9
DILIGENCIAR EL FORMATO EN TINTA NEGRA Y LOS ESPACIOS QUE NO APLIQUEN REGISTRAR N/A

SECTOR PÚBLICO TITULAR
SECTOR PRIVADO DEUDOR SOLIDARIO

02020201000000

SELECCIONE CON UNA X EL TIPO DE PRODUCTO Y TIPO DE VINCULACIÓN

Ciudad	Cod. Asesor		
Monto solicitado \$	Plazo Solicitado (meses)	Valor prima Seguro vida deudor	
FORMA DE PAGO INTERESES INICIALES	Incremento Capital	DESTINO DEL CRÉDITO	Libre Inversión
		Refinanciación	Compra de Cartera
		Otro	¿Cuál?

DATOS PERSONALES DEL TITULAR Y ASEGURADO

Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:
TIPO DE DOCUMENTO	C.C. PASAPORTE	Carnet Diplomático	NÚMERO DEL DOCUMENTO
	C.E.		Fecha De Expedición
Genero	Lugar De Nacimiento	Nacionalidad	Fecha De Nacimiento
M F			DD MM AAAA
			ESTADO CIVIL
			Soltero
			Casado
			Unión Libre
			Viudo
			Divorciado
			Personas a Cargo
NIVEL DE ESCOLARIDAD	Primaria	Tecnólogo	Postgrado
	Secundaria	Profesional	Ninguno
			Otro
			¿Cuál?
OCUPACIÓN	Empleado	Pensionado	Entidad pagadora
			Otro
			¿Cuál?
Dirección de Residencia:	Barrio:	Ciudad/ Municipio:	Departamento:
Celular:	Teléfono de Residencia:	TIPO DE VIVIENDA	Propia
			Familiar
			Arrendada
			Estrato
El deudor expresamente acepta recibir la correspondencia, estado de cuenta, reporte anual de costos y demás información relacionada con los productos de BANCO CREDIFINANCIERA S.A., a la dirección de correo electrónico aquí registrada.		E-mail:	En caso contrario seleccione
			Dirección de Residencia
			Dirección de Empresa

SI ES EMPLEADO, POR FAVOR DILIGENCIE ESTE ESPACIO

Nombre De La Empresa	TIPO DE EMPRESA	Pública	Fecha de Ingreso
Donde Trabaja Actualmente:		Privada	DD MM AAAA
Cargo Actual:	TIPO DE CONTRATO	Fijo	Temporal
		Indefinido	Prestación de Servicios
			Otro
			¿Cuál?
E-mail Oficina:	Teléfono Oficina:		
Dirección Oficina:	Barrio:	Ciudad / Municipio:	Departamento:
Si Lleva menos de seis (6) Meses de antigüedad en la empresa actual, Indique empresa anterior:		Tiempo de Vinculación (en Meses)	Fecha de Ingreso
			DD MM AAAA
			Fecha de Retiro
			DD MM AAAA
¿Es funcionario público?	SI NO	¿Administra recursos públicos?	SI NO
			¿Goza de reconocimiento público?
			SI NO

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COMPLETO	NACIONALIDAD	TIPO DE RELACIÓN

DATOS DEL CÓNYUGE (Compañero (a) permanente)

Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:
TIPO DE DOCUMENTO	C.C. C.E.	Pasaporte	Carnet Diplomático
			Número De Documento
Celular:	Occupación U Oficio:	E-mail:	
Empresa Donde Trabaja:	Dirección de la Empresa:	Teléfono de la Empresa:	

INFORMACIÓN FINANCIERA

Ingresos mensuales (salario, pensión, prestación de servicios) \$	Egresos Mensuales \$
Otros Ingresos \$	Otros Egresos \$
¿Cuáles?	¿Cuáles?
Total Ingresos \$	Total Egresos \$

DETALLES ACTIVOS

Tipo De Inmueble:	Matricula Inmobiliaria:	Valor Comercial:	Dirección:	Ciudad:	Hipoteca	SI NO
		\$				
Tipo De Vehículo:	Marca	Modelo	Placa	Valor Comercial:	Pignorado	SI NO
				\$		Asegurado
						SI NO

TOTAL ACTIVOS \$

TOTAL PASIVOS \$

ACTIVIDAD ECONÓMICA

OCUPACIÓN	Empleado	Pensionado	Independiente	Otro, ¿Cuál?	RÉGIMEN DE IVA	Régimen Común	Régimen Especial	¿Declara Renta?	SI NO	¿Declara ICA?	SI NO	Retención en la fuente	SI NO
SECTOR DE LA ACTIVIDAD	Comercial	Transporte	Industrial	Construcción	Servicios Financieros	Agroindustrial	Salud	Educación		Código CIU:			
Breve Descripción													

REFERENCIAS

REFERENCIAS FAMILIARES (QUE NO VIVAN CON EL SOLICITANTE)				
Nombre:	Teléfono:	Celular:	Parentesco:	Ciudad:
REFERENCIAS PERSONALES (QUE NO TRABAJEN CON EL SOLICITANTE)				
Nombre:	Teléfono:	Celular:	Parentesco:	Ciudad:

CRÉDITOS VIGENTES A RECOGER

NOMBRE ENTIDAD	NIT	SALDO A RECOGER
1.		\$
2.		\$
3.		\$
4.		\$
5.		\$

INFORMACIÓN PARA EL DESEMBOLSO

MODALIDAD DE DESEMBOLSO	Giro Bancario en efectivo / Pin	Abono en Cuenta	Ahorros Corriente	Número de cuenta	Entidad:	Ciudad:
	Cheque					

OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza operaciones en moneda extranjera?	SI NO	TIPO DE OPERACIÓN	Importaciones	Exportaciones	Prestamos en Moneda Extranjera	Inversiones	Otro
			Pago de Servicios	Envío/recepción de Giros			

DESCRIPCIÓN DE LOS PRODUCTOS EN MONEDA EXTRANJERA

PRODUCTO	ENTIDAD	No. PRODUCTO	MONTO	CIUDAD	PAÍS	MONEDA

REFERIDOS

NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	TELÉFONO

Notas Aclaratorias: PEP: "Persona políticamente o públicamente expuesta, se catalogan como PEP aquellas personas que son funcionarios públicos, gozan de reconocimiento público o administran recursos públicos." Reglas para determinar el parentesco: "Primer grado de consanguinidad: línea directa padre y madre, hijos. Segundo grado de consanguinidad: línea directa abuelos, nietos, hermanos. Primer grado de afinidad: Padres del cónyuge, hijos aun cuando no sean hijos naturales, los hijos propios de su cónyuge que no sean suyos, para los casos de adopción, legalmente ejecutada, se establecerá un parentesco de orden civil. Segundo grado de afinidad: Abuelos del cónyuge, nietos cónyuge, hermanos del cónyuge. Primer Civil: Hijos adoptivos y padres adoptantes.

REGLAMENTO PARA DÉBITO AUTOMÁTICO

Autorizo expresamente a BANCO CREDIFINANCIERA S.A. para poder debitar de cualquier contrato de depósito que tenga para con esta, los valores que por cualquier concepto le deba a BANCO CREDIFINANCIERA S.A. en calidad de deudor. Para que proceda dicha autorización, esta deberá estar contenida en los contratos de producto, reglamentos de crédito y/o pagarés y/o carta de instrucciones que suscriba EL CLIENTE con BANCO CREDIFINANCIERA S.A..
BANCO CREDIFINANCIERA S.A. procederá a realizar el débito, siempre que se cumplan los siguientes presupuestos: 1) Que sea deuda de dinero. 2) Que la deuda sea líquida; y 3) Que sea actualmente exigible.

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

Peso kg Estatura Mts Diestro Ambidiestro Zurdo Deporte que practica:

Ocupación detallada: Valor Asegurado: \$

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

ENFERMEDAD	SI	NO	ENFERMEDAD	SI	NO	ENFERMEDAD	SI	NO	ENFERMEDAD	SI	NO
Cáncer			Diabetes			Insuficiencia Renal			Accidente Cerebrovascular		
Enfermedad Siquiátrica			Esclerosis Múltiple			Lupus			Enfermedad Renal		
Tuberculosis			Enfermedad Inmunológica			Sida			Alzheimer		
Hepatitis			Cirrosis			Enfermedades Cardiológicas			Infarto de Miocardio		
Enfermedad Cerebral			Parálisis			Hipertensión Arterial			Alcoholismo o Drogadicción		

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

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

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

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

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

PRIMAS Y VALORES ASEGURADOS

LIBRANZA

Valor asegurado: Saldo de la deuda hasta 192 SMMVL

Edad límite de ingreso	COBERTURAS		Valor de la prima mensual* millón del saldo de la deuda
	MUERTE	INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE	
Plan 1	18 años - 75 años + 364 días	18 - 69 años + 364 días	\$ 1.066
Plan 2	76 años - 78 años + 364 días		\$ 4.900
Plan 3	79 años - 81 años + 364 días		\$ 7.500
Plan 4	82 años - 84 años + 364 días		\$ 12.473

IMPORTANTE:

- * El valor de la prima mensual será cobrado a través del extracto del producto financiero con la entidad tomadora.
- * El valor total de la prima puede variar teniendo en cuenta la extra prima informada al momento de adquirir su producto financiero en relación con el reporte de declaración de salud.

PÓLIZA DEUDOR No. 34-8401-0001

DECLARACIONES

- Por medio de la presente declaración, manifiesto expresamente mi deseo de adherirme al contrato de seguro firmado entre CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. y BANCO CREDIFINANCIERA S.A, conozco y acepto las condiciones del presente seguro.
- Declaro que soy mayor de 18 años. Declaro que no he sido rechazado por ninguna compañía de seguros al presentar una solicitud de seguros de vida, salud o enfermedades graves.
- Declaro que las manifestaciones contenidas en este documento son exactas, completas, verídicas y por lo tanto, cualquier retención, error u omisión en la información suministrada tendrá las consecuencias estipuladas en los artículos 1058, 1158 y 1161 del Código de Comercio. He sido informado que en el caso que incurra en retención, error u omisión en la información suministrada para la adquisición del seguro, el contrato estará viciado de nulidad por lo que CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. no otorgará la cobertura inicialmente contratada.

AUTORIZACIONES

a. Autorizo a CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A., para pedir ante cualquier médico o institución hospitalaria la información que sea necesaria incluyendo la historia clínica respectiva.
b. Autorizo a BANCO CREDIFINANCIERA S.A. para que efectúe la reclamación ante la compañía de seguros en caso de siniestro, reciba la indemnización y la aplique a la obligación financiera.
c. Autorizo a CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. y BANCO CREDIFINANCIERA S.A. para que a través de WhatsApp u otros medios de comunicación digital tales como: correo electrónico y/o mensajes de texto; me suministren información referente a mi seguro y me contacten para cualquier proceso posventa como la atención de siniestros, PQR, entre otros.
d. Autorizo expresamente a CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Con la suscripción del presente documento declaro que autorizo expresa e inequívocamente el tratamiento de mis datos relacionados con mi estado de salud, los cuales tienen carácter sensible, con el fin de establecer los hechos o circunstancias que determinen el pago de la póliza, el estado del riesgo, el silencio o la inexactitud sobre hechos o circunstancias declaradas; así mismo declaro que fui enterado que aunque el suministro de estos datos es facultativo la presente autorización es necesaria para poder tomar la póliza teniendo en cuenta la naturaleza jurídica de la misma. Conozco que tengo derecho a conocer, rectificar, actualizar mis datos personales siempre que no medie una obligación legal o contractual en los canales de atención establecidos para tal fin.

DEFENSOR DEL CONSUMIDOR FINANCIERO

Señor(a) asegurado(a), recuerde que usted podrá acudir al defensor del consumidor financiero si lo considera necesario, para ello tenga en cuenta la siguiente información:

- Defensor Principal: José Federico Ustáriz González. • Telefax: 6108161 y 6108164
- Defensor Suplente: Ana María Giraldo. • Dirección: Carrera 11ª #96 -51 Oficina 203 Edificio Oficity Bogotá D.C.
- Correo Electrónico: defensoriacardif@ustarizabogados.com • Horario de Atención: 8:00 am a 6:00 pm Jornada Continua.

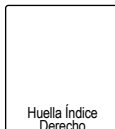
CONDICIONES DEL SEGURO DEUDORES

La información suministrada, así como la descripción detallada de las coberturas, exclusiones y demás características de este seguro, están disponibles en el Condicionado al que puede acceder por medio de los siguientes canales:
• Oficinas de BANCO CREDIFINANCIERA en donde adquirió su seguro.
• Consulte las condiciones a través de la página y/o link indicado a continuación: <http://bseg.co/seguo8401> y/o código QR señalado en la presente solicitud a través de cualquier dispositivo móvil.



CONSENTIMIENTO INFORMADO AL CLIENTE

Declaro que antes de aceptar la suscripción de este seguro el asesor del Banco identificado en este documento, me informó que las condiciones del producto se encuentran disponibles mediante consulta del código QR o la URL y me explicó los siguientes aspectos relevantes del mismo: I) La importancia de declarar sinceramente mi estado de salud, la edad y las consecuencias de entregar información inexacta II) Las coberturas de la póliza, el valor asegurado por cada una de ellas, la vigencia del seguro y el precio que debo pagar por estar asegurado III) Amparos y exclusiones IV) Los canales y medios que puedo utilizar en caso de requerir información adicional del seguro o de requerir efectuar cualquier reclamación. V) Toda la información contenida en este documento, fue suministrada a título personal y estoy de acuerdo con todos los datos incluidos en la misma.



Firma del Asegurado
No de Documento: _____
con esta firma se autoriza uso de datos de salud.

Firma Autorizada
CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A.
NIT. 900.200.435-3

AUTORIZACIÓN DE CONSULTA Y REPORTE CENTRALES DE RIESGO E INFORMACIÓN

El Cliente declara que los recursos que girará o entregará en desarrollo del presente contrato no provienen, ni provendrán actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano y que provienen de _____. Así mismo, declara que la información suministrada en esta solicitud es real y verificable y asume plena responsabilidad por la información errónea, falsa o inexacta que hubiere proporcionado en este documento o durante la vigencia del contrato, información que se compromete a actualizar al menos una vez año y cuando sea relevante para el desarrollo del contrato.

AUTORIZACIÓN DE CONSULTA Y REPORTE DE INFORMACIÓN

Declaro que la información que he suministrado es verídica y doy mi consentimiento expreso e irrevocable a BANCO CREDIFINANCIERA S.A., a sus cesionarios o a quien represente sus derechos para: a) Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño como deudor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederme un crédito y/o cualquier otro servicio financiero; b) Reportar en las centrales de riesgo, directamente o por intermedio de las entidades públicas que ejercen funciones de vigilancia y control, datos tratados o sin tratar, referidos a: (i) cumplimiento oportuno e incumplimiento, de mis obligaciones crediticias, deberes constitucionales y legales de contenido patrimonial, de tal forma que estas presenten una información veraz, pertinente, completa, actualizada y exacta de mi desempeño como deudor después de haber cruzado y procesado diversos datos útiles para obtener una información significativa; (ii) mis solicitudes de crédito así como otros atinentes a mis relaciones comerciales, financieras y en general socioeconómicas que yo haya entregado o que consten en registros públicos, bases de datos públicas o documentos públicos; c) Conservar, tanto en BANCO CREDIFINANCIERA S.A. como en las centrales de riesgos, con las debidas actualizaciones y durante el periodo necesario señalado en sus reglamentos la información suministrada. Reconozco y acepto que BANCO CREDIFINANCIERA S.A. no es responsable de los periodos de permanencia de tal información en los bancos de datos, toda vez que su obligación es la actualización de los reportes efectuados.

TITULARES

Manifiesto que he diligenciado de manera voluntaria la presente solicitud, y declaro conocer y aceptar los términos y condiciones que establecen los documentos denominados "CONDICIONES PREVIAS Y GENERALES DE CRÉDITO DE LIBRANZA BANCO CREDIFINANCIERA S.A. y el "REGLAMENTO DE PRODUCTO", los cuales me fueron entregados y puestos a disposición en la página web www.creditfinanciera.com.co; así como recibido el condicionado del seguro

FIRMA DEL DEUDOR

NOMBRE
C.C.

Huella índice derecho

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR ASESOR (A) COMERCIAL

Observaciones:

En mi calidad de Asesor Comercial para BANCO CREDIFINANCIERA S.A. declaro que he asesorado y entrevistado personalmente al solicitante. Así mismo, declaro que el solicitante diligenció en mi presencia la solicitud adjunta y todos los anexos, que he tomé las huellas dactilares y verifiqué la veracidad de los documentos que se adjuntan a la presente solicitud. Por lo anterior declaro que la información de esta solicitud y anexos no será compartida, transferida o entregada a terceros.

NOMBRE ASESOR(A) COMERCIAL	FIRMA DEL ASESOR (A) COMERCIAL	FECHA	HORA:	LUGAR:
C.C.		DÍA MES AÑO		