



**SOLICITUD DE CREDITO**  
Por favor diligencia en letra imprenta sin tachones ni enmendaduras  
(TODOS LOS CAMPOS DE ESTE FORMATO SON DE CARACTER OBLIGATORIO)

VALOR SOLICITADO \$ \_\_\_\_\_

Quincenal   
Mensual

Señores: COOPERATIVA ABIERTA DE APOORTE Y CREDITO - COOPFILIGRANA.

Nosotros los abajo firmantes, cuya información, firma y huella dactilar se consigna en el presente documento en nuestra calidad de asociados a COOPFILIGRANA, atentamente solicitamos un préstamo por la suma y condiciones que a continuación relacionamos, manifestando estar de acuerdo con el reglamento y condiciones de crédito vigentes a la fecha en COOPFILIGRANA. Igualmente manifestamos ser conocedores de lo establecido por la ley, y referente a que todas las referencias y obligaciones que se aplique al solicitante(primer deudor) se entenderán extensivas al codeudor o deudores solicitantes vinculados con su firma en la presente operación crediticia. Así mismo en caso de retiro de \_\_\_\_\_ o de la empresa en la cual labore, gravamos y autorizamos expresamente a esta, para que descuenta a favor de COOPFILIGRANA, de nuestras prestaciones sociales (Cesantías, primas, vacaciones, indemnizaciones y demás pagos a que tengamos derecho), las sumas que adeudemos a COOPFILIGRANA en el momento de nuestro retiro por concepto de obligaciones que hayamos adquirido como asociados del mismo y dejamos constancia que hemos sido informados de la tasa de interés, cuota de aortizacion y demas requisitos establecidos en las normas lagales. De igual forma nos comprometemos a adjuntar todos los documentos solicitados por COOPFILIGRANA para el estudio del presente credito.

**INFORMACION DEL SOLICITANTE**

PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
No. CEDULA		DIRECCION DE RESIDENCIA		BARRIO		CIUDAD	
TELEFONO FIJO		CELULAR		SALARIO PRMEDIO MENSUAL \$		CORREO ELECTRONICO PERSONAL	

**PRESTAMO**

NUMERO DE CUOTAS A DIFERIR _____	<input type="checkbox"/> MENSUAL <input type="checkbox"/> QUINCENAL	CUENTA BANCARIA Banco _____	<input type="checkbox"/> AHORROS <input type="checkbox"/> CORRIENTE Numero _____
----------------------------------	---	-----------------------------	--

**ACTUALIZACION DE INFORMACION**

QUE BIENES RAICES POSEE? CASA <input type="checkbox"/> CASALOTE <input type="checkbox"/> LOTE <input type="checkbox"/> APARTAMENTO <input type="checkbox"/>	DIRECCION _____
---	-----------------

**DEUDOR SOLIDARIO 1**

NOMBRES		APELLIDOS		DIRECCION RESIDENCIA	
No. CEDULA		TELEFONO FIJO Y/O CELULAR		CIUDAD / MUNICIPIO	
				EMPRESA DONDE LABORA	

**DEUDOR SOLIDARIO 2**

NOMBRES		APELLIDOS		DIRECCION RESIDENCIA	
No. CEDULA		TELEFONO FIJO Y/O CELULAR		CIUDAD / MUNICIPIO	
				EMPRESA DONDE LABORA	

**INFORMACION REFERENCIAS FAMILIARES ( que no vivan con usted)**

PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
DIRECCION		CIUDAD / MUNICIPIO		CELULAR		TELEFONO FIJO	

PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
DIRECCION		CIUDAD / MUNICIPIO		CELULAR		TELEFONO FIJO	

**INFORMACION REFERENCIAS PERSONALES**

PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
DIRECCION		CIUDAD / MUNICIPIO		CELULAR		TELEFONO FIJO	

PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
DIRECCION		CIUDAD / MUNICIPIO		CELULAR		TELEFONO FIJO	

La fecha de finalización esta sujeta a cambio, en la medida que no se llegase efectuar uno o varios descuentos a consecuencia de vacaciones, sanciones y/o otras circunstancias de orden técnico y administrativo que igualmente están sujetas a cambio del plazo y el monto solicitados, dependiendo de la capacidad de pago, y cupo disponible a la fecha de estudio impidan aplicar uno o varios descuentos, por tanto esta fecha se extendera en proporción a los descuentos no aplicados. Igualmente autorizamos a COOPFILIGRANA a efectuar la consulta en las centrales de riesgo. Autorizo a la entidad COOPFILIGRANA a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de acreedor a consultar, reportar, procesar, solicitar y divulgar a las centrales de riesgo, todo lo referente a mi comportamiento comercial y financiero.

<p><b>DEUDOR PRINCIPAL</b></p> <p>NOMBRE _____</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 10px auto;"></div> <p>FIRMA _____ C.C. _____</p> <p style="text-align: center;">HUELLA DACTILAR</p>	<p><b>DEUDOR SOLIDARIO 1</b></p> <p>NOMBRE _____</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 10px auto;"></div> <p>FIRMA _____ C.C. _____</p> <p style="text-align: center;">HUELLA DACTILAR</p>	<p><b>DEUDOR SOLIDARIO 2</b></p> <p>NOMBRE _____</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 10px auto;"></div> <p>FIRMA _____ C.C. _____</p> <p style="text-align: center;">HUELLA DACTILAR</p>
--	--	--



No.

ENTIDAD PRESTADORA: COOPFILIGRANA NIT: 830.071.807-1

**DEUDORES SOLIDARIOS**

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	No. CEDULA
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	No. CEDULA

CAPITAL \_\_\_\_\_

INTERÉS \_\_\_\_\_ VENCIMIENTO FINAL \_\_\_\_\_

Yo (Nosotros (as) \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_, domiciliado (as) en la ciudad de \_\_\_\_\_ mayor(es) de edad, identificados (as) como aparece al pie de nuestras firmas. Por medio del presente PAGARÉ hago(hacemos) constar que me (nos) obligo (amos) a pagar solidaria, incondicionalmente e indivisiblemente a la **COOPERATIVA ABIERTA DE APOORTE Y CRÉDITO - COOPFILIGRANA**, o quien represente sus derechos, en sus oficinas de **COOPFILIGRANA** de Bogotá, o en lugar que este, y de acuerdo al plan de amortización que ma adelante se determina la suma de \_\_\_\_\_ (\$ \_\_\_\_\_) moneda

legal colombiana, que de ella he (hemos) recibido a entera satisfacción a título de mutuo solidario con intereses y de acuerdo a las siguientes clausulas: PRIMERA: Amortizacion: El (los) deudor (es) se obliga (n) a pagar la suma recibida a título de mutuo solidario, con intereses de acuerdo al siguiente plan de amortización: me (nos) obliga (mos) a pagar la suma recibida en \_\_\_\_\_ cuotas, por un valor de \$ \_\_\_\_\_, cada una, la primera la pagaremos el día \_\_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_ y así sucesivamente y si interrupción cada periodo según como consta en el plan de amortización, en las mismas fechas establecidas, hasta completar las \_\_\_\_\_ cuotas. Si por alguna circunstancia se hace necesario un ajuste en liquidacion del credito, ACEPTAN expresamente LOS DEUDORES que el ACREEDOR exija el pago de una o mas cuotas adicionales a fin de recaudar las diferencias a su favor.

SEGUNDA: Forma de pago: los obligados efectuaran el pago de las obligaciones adquiridas en el presente pagare mediante descuentos por nomina en las fechas establecidas en la clausula inmediatamente anterior. Para este efecto los obligados autorizan expresamente el pagador de \_\_\_\_\_o de la empresa en que llegare a trabajar, para que de su salario descuente el valor de la cuota de amortización pactada y hasta el pago total de la obligación aquí contenida PARÁGRAFO PRIMERO. Cuando por alguna circunstancia el pago no opere mediante el descuento por nomina, EL O DEUDORES nos comprometemos a pagar las cuotas establecidas en las fechas pactadas en las oficinas de **COOPFILIGRANA** PARÁGRAFO SEGUNDO: En caso de terminación de mi (nuestro) contrato de trabajo con la compañía \_\_\_\_\_, o la perdida de mi calidad de asociado de **COOPFILIGRANA** o incumplimiento de cualquiera de las obligaciones que he

(hemos) contraído con **COOPFILIGRANA**, gravamos y autorizamos para que retenga los saldos de mis cesantías y demás prestaciones sociales que me puedan corresponder y los entregue directamente a **COOPFILIGRANA** para que este los aplique directamente al pago total del mutuo intereses del que se hizo mención TERCERA: Pagare (mos) interés mensual de plazo a tasa del \_\_\_\_\_ nominal mensual. CUARTA: En caso de mora pagaremos una tasa equivalente a la tasa máxima legal permitida del interés pactado, en todo caso dicha tasa por mora no podra exceder del limite maximo autorizado que rija el momento de verificarse la mora. QUINTA: Vencimiento Anticipado: Autoriza (amos) a la **COOPERATIVA ABIERTA DE APOORTE Y CRÉDITO COOPFILIGRANA** o a cualquier otro tenedor legitimo título valor para extinguir el plazo o plazos que se estipulen para el pago del crédito al cual se refiere este documento y exigir extrajudicialmente o judicialmente el pago de la totalidad del saldo insoluto, mas los interese de gastos de cobranza, incluyendo honorarios del abogado, si ocurrere uno cualquiera de los siguientes eventos: a) si hubiera mora en el pago de tres o mas cuotas del capital o del interés del préstamo atorgado, b) Por la perdida de la calidad de asociado de LA **COOPERATIVA ABIERTA DE APOORTE Y CRÉDITO COOPFILIGRANA**

c) Por dar destinacion deferente al credito para el cual fue solicitado , d) Por las causales previstas en el reglamento de crédito o en el estatuto de la **COOPERATIVA ABIERTA DE APOORTE Y CRÉDITO COOPFILIGRANA** en el momento de la suscripción del PAGARE y las cuales declara conocer expresamente el deudor y deudores solidarios y que para los efectos de este título valor forma parte integrante del mismo, e) En caso que el deudor sea demandado (a) o me (nos) sean embargados bienes por persona distinta a la **COOPERATIVA ABIERTA DE APOORTE Y CRÉDITO COOPFILIGRANA**: SEXTA: El (la) (los) \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_ actúan como deudores solidarios del obligado principal

\_\_\_\_\_ y en tal condición para todos los efectos son deudores solidarios de las obligaciones contenidas en este PAGARE. SÉPTIMA: Los deudores en virtud a la fianza solidaria que asumen mediante este PAGARE aceptan expresamente, que cuando respecto al deudor principal, señor (a) \_\_\_\_\_ alguna causal de exigibilidad anticipada del plazo de la deuda que ella contrae, operara en forma automática respecto a los codeudores (deudores solidarios). En consecuencia no podran oponerse al cobro que del PAGARE haga el ACREEDOR, cuando se verifique alguna causal de exigibilidad anticipada. OCTAVA: son a cargo de los deudores los gastos y los derechos fiscales que se ocasionen por el otorgamiento de este PAGARE, igualmente en caso de cobro judicial o extrajudicial seran a su cargo las costas y gastos de cobranza.

\_\_\_\_\_ y en tal condición para todos los efectos son deudores solidarios de las obligaciones contenidas en este PAGARE. SÉPTIMA: Los deudores en virtud a la fianza solidaria que asumen mediante este PAGARE aceptan expresamente, que cuando respecto al deudor principal, señor (a) \_\_\_\_\_ alguna causal de exigibilidad anticipada del plazo de la deuda que ella contrae, operara en forma automática respecto a los codeudores (deudores solidarios). En consecuencia no podran oponerse al cobro que del PAGARE haga el ACREEDOR, cuando se verifique alguna causal de exigibilidad anticipada. OCTAVA: son a cargo de los deudores los gastos y los derechos fiscales que se ocasionen por el otorgamiento de este PAGARE, igualmente en caso de cobro judicial o extrajudicial seran a su cargo las costas y gastos de cobranza.

En constancia se firma en la ciudad de Bogotá a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Nosotros \_\_\_\_\_

identificados como aparece al pie de nuestra firmas, autorizamos al gerente de **COOPFILIGRANA**, para que conforme a las facultades conferidas por el artículo 622 del Código de Comercio, diligencie los espacios que se han dejado en blanco en el PAGARE No. \_\_\_\_\_ adjunto, para lo cual deba ceñirse a las siguientes instrucciones:

1. El valor sera igual al monto de todas las obligaciones exigibles que a cargo nuestro y a favor de **COOPFILIGRANA** existan al momento de ser llenados los espacios. Los intereses seran los pactados en el momento de la aprobación del préstamo.
2. La fecha sera aquella en que se llenen los espacios dejados en blanco.
3. **COOPFILIGRANA** estara facultado para diligenciar los espacios en blanco del citado PAGARE, cuando las obligaciones se hagan exigibles por el incumplimiento de las mismas, derivadas del préstamo otorgado por LA **COOPERATIVA**.

\*Autorizo a la entidad **COOPERATIVA ABIERTA DE APOORTE Y CREDITO -COOPFILIGRANA** o a quien represente sus derechos u obstante en el futuro la calidad de acreedor a consultar, reportar, procesar, solicitar y divulgar a las centrales de riesgo, toda la información referente a mi comportamiento comercial y financiero\*.

<p><b>DEUDOR PRINCIPAL</b></p> <p>NOMBRE _____</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 80px; margin-top: 10px;"></div> <p>FIRMA _____ C.C. _____</p> <p>HUELLA DACTILAR</p>	<p><b>DEUDOR SOLIDARIO 1</b></p> <p>NOMBRE _____</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 80px; margin-top: 10px;"></div> <p>FIRMA _____ C.C. _____</p> <p>HUELLA DACTILAR</p>	<p><b>DEUDOR SOLIDARIO 2</b></p> <p>NOMBRE _____</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 80px; margin-top: 10px;"></div> <p>FIRMA _____ C.C. _____</p> <p>HUELLA DACTILAR</p>
---	---	---



**LIBRANZA**

No. \_\_\_\_\_

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO

DD	MM	AAAA
----	----	------

SUCURSAL: \_\_\_\_\_ SOLICITUD DE CREDITO No. \_\_\_\_\_

**DEUDOR PRINCIPAL**

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	No. CEDULA
DIRECCION RESIDENCIA	TELEFONO FIJO	CELULAR	CIUDAD/MUNICIPIO	EMPRESA DONDE LABORA

**DEUDORES SOLIDARIOS**

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	No. CEDULA
DIRECCION RESIDENCIA	TELEFONO FIJO	CELULAR	CIUDAD/MUNICIPIO	EMPRESA DONDE LABORA
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	No. CEDULA
DIRECCION RESIDENCIA	TELEFONO FIJO	CELULAR	CIUDAD/MUNICIPIO	EMPRESA DONDE LABORA

**FECHAS DE DESCUENTO**

**VALOR DEL PRESTAMO**  
(NO INCLUYE INTERES) \$ \_\_\_\_\_

**TASA DE INTERES NOMINAL**  
(ACTUAL) \$ \_\_\_\_\_

**No. DE CUOTAS A PAGAR**  
 QUINCENAL  MENSUAL \$ \_\_\_\_\_

PRIMERA  FECHA DE INICIO 

DD	MM	AAAA
----	----	------

SEGUNDA  QUINCENA DEL MES DE \_\_\_\_\_ DE 20 \_\_\_\_\_

PRIMERA  FECHA DE INICIO 

DD	MM	AAAA
----	----	------

SEGUNDA  QUINCENA DEL MES DE \_\_\_\_\_ DE 20 \_\_\_\_\_

**DIVISION DE NOMINA Y PRESTACIONES SOCIALES**

Por medio de la presente los asociados descritos en la parte superior y firmantes de la presente libranza, identificados con los respectivos numeros de cedula de ciudadanía, autorizamos en forma irrevocable para que descuenten las sumas que devengamos de \_\_\_\_\_ como salarios, primas vacaciones, trabajo suplementario, liquidaciones de prestaciones sociales y/o cualquier otro concepto la suma de \$ \_\_\_\_\_ con el fin de ser entregados a la **COOPERATIVA ABIERTA DE APOORTE Y CREDITO COOPFILIGRANA**, como abono al préstamo, que esta entidad nos hizo. En caso del retiro como asociados **COOPFILIGRANA** gravamos y autorizamos para que se retengan y entreguen a **COOPFILIGRANA**, el valor de las prestaciones, indemnizaciones, salarios y demás acreencias que nos corresponden, con destino a la cancelación del préstamo o saldo pendiente por todo concepto incluidos los intereses pactados en ese titulo valor.

Autorizamos a **COOPFILIGRANA** liquidar intereses por mora a la tasa maxima legal permitida, cuando \_\_\_\_\_ por alguna circunstancia no pueda realizar los abonos a la deuda adquirida con la cooperativa. Excepto, en los casos que exista una comunicación previa dirigida a **COOPFILIGRANA** con un mes de anterioridad y aprobada por el comite de crédito.

**Certificamos que la información anteriormente diligenciada corresponde a la realidad y en caso de carecer de veracidad nos sostenemos a las sanciones que establecen los estatutos de la cooperativa y las normas legales.**

En caso de perdida de mi calidad de asociado con **COOPFILIGRANA** o el incumplimiento de cualquiera de las obligaciones que e contraído con **COOPFILIGRANA** autorizo de forma expresa a la cooperativa **COOPFILIGRANA** o a quien represente, para que continúe descontando de mi nomina los valores adecuados hasta cancelar dichas obligaciones de acuerdo con la ley 1527 de 2012.

\*Autorizo a la entidad **COOPERATIVA ABIERTA DE APOORTE Y CRÉDITO COOPFILIGRANA** o a quien represente sus derechos u obste en el futuro la calidad de acreedor a consultar, reportar, procesar, solicitar y divulgar a las centrales de riesgo, toda la información referente a mi comportamiento comercial y financiero.

<p><b>DEUDOR PRINCIPAL</b></p> <p>NOMBRE _____</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 10px auto;"></div> <p>FIRMA _____ C.C. _____</p> <p>HUELLA DACTILAR</p>	<p><b>DEUDOR SOLIDARIO 1</b></p> <p>NOMBRE _____</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 10px auto;"></div> <p>FIRMA _____ C.C. _____</p> <p>HUELLA DACTILAR</p>	<p><b>DEUDOR SOLIDARIO 2</b></p> <p>NOMBRE _____</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 10px auto;"></div> <p>FIRMA _____ C.C. _____</p> <p>HUELLA DACTILAR</p>
--	--	--



**SEGUROS  
DE VIDA DEL  
ESTADO S.A.**

NIT. 860.009.174-4

**SOLICITUD INDIVIDUAL DE AFILIACIÓN  
AL SEGURO DE VIDA GRUPO**

GRUPO  DEUDORES

IMPORTANTE: Todas las preguntas deben ser contestadas sin dejar espacios en blanco. Si hay correcciones o enmendaduras favor validarlas con la firma

PÓLIZA		FECHA DE SOLICITUD		DÍA	MES	AÑO	
TOMADOR				C.C. o NIT.			
DIRECCIÓN					CIUDAD		
<b>DATOS DEL SOLICITANTE</b>							
1er APELLIDO		2do APELLIDO		NOMBRES		C.C.	
OCUPACIÓN DETALLADA				FECHA DE NACIMIENTO D   D   M   M   A   A   A   A		SEXO F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
DIRECCIÓN			TEL.:		INGRESOS MENSUALES \$		VALOR ASEGURADO \$

**DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD**

"La tranquilidad de usted y de su familia depende de la veracidad de la información suministrada"

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

Corazón	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Presión Arterial	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Enfermedades Neurológicas	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Riñones	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Hepáticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pulmones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
										Infección por V.I.H. (SIDA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Ha padecido, padece o es tratado actualmente de alguna enfermedad diferente a las del numeral anterior?

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?

En caso de haber contestado afirmativamente alguna de las preguntas anteriores dar detalles \_\_\_\_\_

4. Peso (Kg)  Estatura (Mts)

SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A., SE RESERVA LOS DERECHOS DE SOLICITAR REQUISITOS MÉDICOS ADICIONALES SI LO ESTIMA CONVENIENTE ASÍ COMO DECLINAR O EXTRAPRIMAR CUALQUIER SOLICITUD QUE NO ESTE DE ACUERDO CON SUS NORMAS DE SELECCIÓN.

**DATOS DEL BENEFICIARIO**

SI ES PÓLIZA DE DEUDORES EL BENEFICIARIO SERA EL TOMADOR HASTA POR EL SALDO DE LA DEUDA

**DATOS DEL BENEFICIARIO VOLUNTARIOS**

NOMBRES DE LOS BENEFICIARIOS	%	PARENTESCO

**IMPORTANTE**

GARANTIZO QUE LAS RESPUESTAS QUE ANTECEDEN SON EXACTAS, COMPLETAS Y VERDADERAS EN LA FORMA EN QUE APARECEN ESCRITAS. ACEPTO QUE ESTAS DECLARACIONES SERÁN PARTE DEL CONTRATO DE SEGURO Y LA BASE DE LA PÓLIZA QUE SE ME EXPIDA Y QUE SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A. NO ASUME RESPONSABILIDAD O ACEPTACIÓN ALGUNA, SINO HASTA QUE SE LO MANIFIESTE DE MANERA EXPRESA Y DOCUMENTO ESCRITO, SIEMPRE Y CUANDO QUE PARA ENTONCES ME ENCUENTRE EN BUEN ESTADO DE SALUD, IGUALMENTE, SI EXISTIERE RETIENCIA O INEXACTITUD SOBRE LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE CONOCIDOS POR SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A., LA HUBIEREN RETRAÍDO DE CELEBRAR EL CONTRATO, O INDUCIDO A ESTIPULAR CONDICIONES MAS ONEROSAS. ACEPTO LA NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO.

ASÍ MISMO FACULTO A SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A., PARA CONSULTAR LAS BASES DE DATOS DE SEGUROS DE PERSONAS RELATIVAS A RIESGOS E INDEMNIZACIONES, AL CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES CREDITICIAS Y A LAS DEMÁS QUE PERMITAN UN CONOCIMIENTO ADECUADO DEL ASEGURADO. ASÍ MISMO LA FACULTAD PARA QUE INFORME A ESAS MISMAS BASES DE DATOS LOS ASPECTOS QUE LA COMPAÑÍA CONSIDERE PERTINENTES EN LA RELACIÓN CON EL CONTRATO DE SEGURO CELEBRADO O QUE VAYA A CELEBRAR.

YO, \_\_\_\_\_ IDENTIFICADO COMO APARECE AL PIE DE MI FIRMA, Y ACTUANDO EN EL PRESENTE DOCUMENTO A NOMBRE PROPIO MEDIANTE EL SIGUIENTE DOCUMENTO FORMULO LAS SIGUIENTES DECLARACIONES: MANIFIESTO QUE CONOZCO EL DERECHO QUE ME ASISTE PARA QUE NINGUNA PERSONA Y SIN AUTORIZACIÓN PREVIA ACCEDA A MI HISTORIA CLÍNICA IGUALMENTE DECLARO CONOCER QUE POR DICHA PROTECCIÓN LEGAL ME ESTA PERMITIENDO DESIGNAR A LOS TERCEROS A QUIENES AUTORIZO ACCEDER A LA HISTORIA CLÍNICA Y A LOS DEMÁS DOCUMENTOS QUE LAS ACOMPAÑAN QUE HACIENDO USO DE DICHA PRORROGATIVA Y MEDIANTE LA PRESENTE DECLARACIÓN, MANIFIESTO QUE DE MANERA EXPRESA E IRREVOCABLE AUTORIZO PARA QUE SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A., EN CUALQUIER TIEMPO Y ANTE CUALQUIER PERSONA O ENTIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD SOLICITE MI HISTORIA CLÍNICA Y DEMÁS DOCUMENTOS MÉDICOS, QUE EN VIRTUD DE LA PRESENTE MANIFESTACIÓN, EXPRESO MI VOLUNTAD PARA QUE LA INFORMACIÓN QUE REQUIERA SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A., LE SEA SUMINISTRADA SIN MAS REQUISITO QUE LA PRESENTACIÓN DE LA PRESENTE AUTORIZACIÓN QUE EN CONSECUENCIA MANIFIESTO MI DESEO PARA QUE LA ENTIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD QUE RECIBA LA AUTORIZACIÓN, DESPACHE EN FORMA INMEDIATA TODOS LOS DOCUMENTOS QUE A JUICIO DE LA ASEGURADORA SE REQUIERAN PARA CONOCER MI ESTADO DE SALUD, LOS TRATAMIENTOS QUE SE ME SUMINISTRAN EN FIN, CON ACCESO A TODA INFORMACIÓN QUE DOCUMENTE MI HISTORIAL MEDICO, TALES COMO EXÁMENES DE DIAGNOSTICO, RESULTADOS DE VALORACIONES POR MÉDICOS, VALORACIONES POR ESPECIALISTAS ETC...

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SOLICITANTE  
C.C. No. \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_

HUELLA INDICE  
DERECHO  
ASEGURADO

