SOLICITUD DE CREDITO

Ciudad	Día	Mes	Año

Línea de Crédito

	L. Inversión		Rápido		S. Aportes
	Educativo		Refinanciación		Vivienda
	Promoción		Salud y Seg.		

Valor Solicitado
$

Plazo

Número de Radicación _____ Fecha de Radicación _____

Datos Personales Solicitante

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	Tipo, Número de Identificación y Lugar de expedición C.C. C.E.
Dirección Residencia			Fecha de Nacimiento Día Mes Año
Ciudad de residencia	Teléfono Fijo	Celular	Tipo de Vinculo: Funcionario de Planta Tutor Contratista Estudiante Pensionado Egresado Otro
Correo Electrónico Institucional		Correo Electrónico Personal	

Tipo de Respaldo

Deudor(es)Solidario(s)		Autorizó a contratar los servicios de una firma afianzadora escogida por UNADCOOP para que sea fiadora de la presente solicitud de crédito		Garantía Real		

Datos Personales Deudor Solidario 1

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	Tipo, Número de Identificación y Lugar de expedición C.C. C.E.
Dirección Residencia			Fecha de Nacimiento Día Mes Año
Ciudad de residencia	Teléfono Fijo	Celular	
Correo Electrónico Institucional		Correo Electrónico Personal	

Datos Personales Deudor Solidario 2

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	Tipo, Número de Identificación y Lugar de expedición C.C. C.E.
Dirección Residencia			Fecha de Nacimiento Día Mes Año
Ciudad de residencia	Teléfono Fijo	Celular	
Correo Electrónico Institucional		Correo Electrónico Personal	

Consignar en la Cuenta:	Corriente		Ahorros		Número
del Banco	A nombre de			con C. C.	Ciudad de radicación de la Cuenta

Autorizó a la Cooperativa Multiactiva de la Universidad Nacional Abierta y a Distancia o quien haga sus veces, o que obre por cuenta de este, o cesionario o endosatario de mis obligaciones con este, para consultar y reportar mi información financiera y comportamiento crediticio, ante las centrales de riesgo autorizadas para tal efecto. Me hago responsable y declaro que la información consignada en este documento es cierta. En caso de ser aprobado el crédito solicitado, autorizo me sean incluidos en el mismo las sumas correspondientes a papelería e intereses anticipados (si es el caso)

Firma Solicitante

C.C. De:

Huella Índice Derecho

Aprobación	Gerencia	Comité de Crédito	Consejo de Administración
		Nombre	Nombre
		Nombre	Nombre
	Fecha de Aprobación	Nombre	Nombre

COOPERATIVA MULTIACTIVA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA
UNADCOOP-NIT 860.526.545-0

LIBRANZA PAGARÉ No.

SECCIÓN A. DEUDOR Y CODEUDORES

DEUDOR:	**C.C No**	**Expedida en:**
CODEUDOR 1:	**C.C No**	**Expedida en:**
CODEUDOR 2:	**C.C No**	**Expedida en:**

SECCIÓN B. BENEFICIARIO

Cooperativa Multiactiva de la Universidad Nacional Abierta y a Distancia, UNADCOOP. NIT 860.526.545-0
Domicilio: Bogotá D.C.

SECCIÓN C. MONTO E INTERESES

VALOR DEL PRESTAMO (En letras)	**(En números)** **$**
Interés Corriente	**Interés de mora: MAXIMO LEGAL PERMITIDO**

SECCIÓN D. FORMA DE PAGO

_____ cuotas mensuales iguales para ser descontadas de mi(s): SUELDO ____, HONORARIOS ____, CUENTA BANCARIA ___, cada una por valor de $ _____, la primera de las cuales se descontará el día ____ del mes _____ del año _____, y así mensual y sucesivamente.

____ cuotas descontables de las PRIMAS____, LIQUIDACIÓN DE PRESTACIONES SOCIALES___, que me (nos) deba pagar la empresa en que trabajo (amos) o prestamos de nuestros servicios, cada una por valor de $_____, la primera de las cuales se descontará el día ___ del mes de _____ del año_____, y así sucesivamente, según la periodicidad de los pagos que la empresa me (nos) efectúe por este concepto.

SECCIÓN E. CLAUSULAS

1. **Nosotros, deudor y codeudores, identificados como aparece en la sección A de esta libranza pagaré y al pie de nuestras firmas, nos obligamos a pagar incondicional, solidaria e individualmente, al Beneficiario que aparece en la sección B, o a su orden, en la ciudad de su domicilio y en la fecha de pago por cuotas o de vencimiento, el préstamo y los intereses anotados en la sección C del presente, según el Artículo 142 de la ley 79 de 1988.**
2. **Acepto (amos) las condiciones y requisitos de cancelación, descuento o cobro estipuladas en la sección D de este documento.**
3. **Declaro (amos) excusada la presentación para el cobro, el aviso de rechazo y el protesto.**
4. **Si me (nos) retiro (amos) de la empresa donde laboro (amos) o si soy (somos) embargados de bienes o sometidos a concordato, o declaración en quiebra, autorizo (amos) al beneficiario para dar terminado el plazo de esta obligación y cobrarla judicial o extrajudicialmente, en cuyo caso serán de (nuestra) cuenta los costos, gastos de cobranza y honorarios de abogado.**
5. **Si dejo (amos) de pagar una o varias de las cuotas o descuentos estipulados en la sección D, el tenedor podrá declarar vencidos los plazos de este documento y pedir el pago total, o de los saldos pendientes de capital e intereses y de las obligaciones accesorias a que haya lugar, sin requerimiento judicial.**
6. **Autoriza(mos), de manera expresa e irrevocable, a la empresa donde laboro(mos) o prestamos nuestros servicios, para pagar esta deuda descontándola de mi (nuestros) sueldos, honorarios, primas, vacaciones, liquidaciones de prestaciones sociales, emolumentos, bonificaciones, auxilio, cesantías y demás remuneraciones a que tenga derecho y girarlas a favor del beneficiario, o a su orden, según la liquidación que uno u otro preparen. Igualmente, autorizo(mos)al beneficiario para solicitar, en caso de considerarlo necesario, la pignoración a su favor de las Cesantías que tenga(mos) depositadas en el Fondo Nacional del Ahorro o en cualquier otro fondo de cesantías y pensiones autorizados por la ley.**

FIRMA DEUDOR C.C No	**Huella deudor**	**FIRMA CODEUDOR 1 C.C No**	**Huella codeudor 1**
ACEPTADO POR LA EMPRESA PAGADORA: **Fecha:**		**FIRMA CODEUDOR 2 C.C No**	**Huella codeudor 2**

Ciudad: _____, Fecha: ____/____/_____

Señores:

COOPERATIVA MULTIACTIVA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA
UNADCOOP.

Bogotá D.C.

ASUNTO: CARTA DE INSTRUCCIONES PARA DILIGENCIAMIENTO DE PAGARE(S) LIBRANZA(S).

Apreciados Señores:

Por la presente me permito autorizarlos para diligenciar los espacios dejados en blanco en el (los) Pagaré(s) y/o Libranza(s) que respalda(n) el (los) crédito(s) otorgado(s) por Uds. a mi favor, en el entendido de que dichos espacios serán diligenciados, para las pertinentes gestiones de cobro, en las condiciones pactadas por las partes para el desembolso del respectivo crédito y que están acordes con el Reglamento de Aportes y Crédito de la Cooperativa, el cual declaro conocer y aceptar.

Cordialmente:

_____
Firma del Asociado

NOMBRE DEL ASOCIADO: _____

CEDULA DE CUIUDANIA N° _____, EXPEDIDA EN: _____

COOPHUMANA
AFIANZA TU CRÉDITO

NIT: 900.528.910-1

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DE PERSONAS NATURALES

RELACIÓN	DATOS	AÑO	MES	DÍA
Cliente ☐ Empleado ☐ Proveedor ☐ Asociado ☐	Ingreso ☐ Actualización ☐	AAAA	MM	DD

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE EXPEDICIÓN
C.C. ☐ T.I. ☐ P.P ☐ Otro ☐		AAAA MM DD

EXPEDIDO EN	LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO
	AAAA MM DD

PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	GÉNERO
			M F

INFORMACIÓN GENERAL

ESTADO CIVIL	HIJOS	No. DE PERSONAS A CARGO	MADRE CABEZA DE HOGAR
Soltero/a ☐ Casado/a ☐ U. Libre ☐ Separado/a ☐ Viudo/a ☐	SI NO		SI NO

CIUDAD	DEPARTAMENTO	DIRECCIÓN	ESTRATO

CELULAR	CELULAR	CELULAR

TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	CÓDIGO CIIU

NIVEL DE ESTUDIO	OCUPACIÓN	¿MANEJA RECURSOS PÚBLICOS?
Bachiller ☐ Tecnológico ☐ Universitario ☐ Posgrado ☐		

¿EJERCE CARGOS PÚBLICOS?	¿TIENE RECONOCIMIENTO PÚBLICO?	¿TIENE RELACIÓN CON UNA PERSONA EXPUESTA PÚBLICAMENTE?
SI NO	SI NO	SI NO

Tiene 2º de Afinidad y 2º de Consanguinidad - padres, hermanos, esposa, primos, suegros, cuñados o concuñados - con PEPs	SI	NO
Nombre y cargo de este PEP:		

INFORMACIÓN ECONÓMICA ($ PESOS COLOMBIANOS)

INGRESOS MENSUALES	EGRESOS MENSUALES	ACTIVOS	PASIVOS	OTROS INGRESOS
$	$	$	$	$
Concepto:	Concepto:	Concepto:	Concepto:	Concepto:

REFERENCIAS BANCARIAS

ENTIDAD	CIUDAD SUCURSAL	NÚMERO DE CUENTA	TIPO
			☐ Ahorros ☐ Corriente
			☐ Ahorros ☐ Corriente

DECLARACIÓN FATCA (Ley de Cumplimiento Fiscal de Cuentas Extranjeras)

Pregunta	SI	NO
¿Cómo persona natural, posee usted Nacionalidad Estadounidense?		
¿Usted transfiere o da instrucciones permanentes para transferir fondos a una cuenta de Estados Unidos?		
¿Del 50% o más de sus activos totales y/o los ingresos, provienen de activos de Inversión en Estados Unidos?		
¿Usted posee Tarjeta de Residencia Americana (Green Card)?		
¿Nació en Estados Unidos?		
¿Vivió las 2/3 partes del año anterior en Estados Unidos?		

ACLARACIÓN EN CASO AFIRMATIVO

Indique el número de identificación tributaria para Estados Unidos - TIN	No. De identificación Tributaria
Da instrucciones permanentes para transferir fondos a una cuenta de Estados Unidos	Nombre del titular / Entidad

Ley de Cumplimiento Fiscal de Cuentas en el Extranjero (FATCA, por su sigla en inglés). Es una ley extraterritorial de los Estados Unidos de América sancionada el 18 marzo de 2010 con el objetivo de identificar y obtener información sobre los ciudadanos, residentes y responsables fiscales de Estados Unidos (US person) que tengan dinero u otros activos financieros fuera de ese país. Carta Circular No. 62 de 2013 de la Superintendencia Financiera de Colombia y no incluye, ni pretende incluir todos los aspectos relevantes de esta regulación. La información aquí contenida está sujeta a cambios normativos en Colombia y en Estados Unidos, como también a cambios de interpretación de las normas colombianas o extranjeras por parte de las autoridades, o de las entidades financieras en ambos países. Esta publicación no pretende brindar asesoría o formular recomendaciones relacionadas con FATCA y no sustituye la asesoría o consultoría especializada que pueda requerirse.

COOPHUMANA
AFIANZA TU CRÉDITO

NIT: 900.528.910-1

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Marque con una x si usted realiza las siguientes actividades u operaciones internacionales:

¿Realiza transacciones en moneda extranjera? Si _____ No _____

Importaciones _____ Exportaciones _____ Inversiones _____ Transferencias _____ Prestamos en moneda extranjera _____

Pagos de Servicio _____ Otros _____ Detalle _____

¿Es sujeto de obligaciones tributarias en otro país? Si _____ No _____

DECLARO EXPRESAMENTE QUE: (Marcar con una x)

Pregunta	SI	NO
a. Mi actividad comercial, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal, los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.		
b. La información que he suministrado en este formato es veraz y verificable, y me obligo a confirmar los datos suministrados y anualmente actualizándola conforme a los procedimientos que para tal efecto tenga establecidos la Cooperativa.		
c. El incumplimiento de la obligación establecida en el literal b) anterior faculta a la Cooperativa para revocar unilateralmente el contrato. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.		
d. Manifiesto que no he sido declarado responsable judicialmente por la comisión de delitos contra la Administración Pública cuya pena sea privativa de la libertad o que afecten el patrimonio del Estado o por delitos relacionados con la pertenencia, promoción o financiación de grupos ilegales, delito de lesa humanidad, narcotráfico en Colombia o en el exterior, soborno transnacional, cohecho (en sus distintas modalidades), tráfico de influencias, colusión, corrupción en el ámbito privado.		
e. Las declaraciones contenidas en estos documentos son exactas, completas y verídicas en la forma en que aparecen escritas.		
f. Manifiesto de manera voluntaria haber leído y entendido todo lo contenido en este documento y acepto las responsabilidades civiles, fiscales y penal con respecto a la veracidad y responsabilidad de esta información.		

DOCUMENTACIÓN ANEXA A ESTA SOLICITUD

☐ DECLARO QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA EN ESTA SOLICITUD ES REAL Y VERIFICABLE Y ASUMO PLENA RESPONSABILIDAD POR LA INFORMACIÓN ERRÓNEA, FALSA O INEXACTA QUE HUBIERE PROPORCIONADO EN ESTE DOCUMENTO. ACEPTO QUE CUALQUIER ERROR O INEXACTITUD PODRÁ ACARREAR LA RESERVA DEL DERECHO DE ACEPTAR O RECHAZAR LA PRESENTE SOLICITUD Y A QUE NO SE ME DE EXPLICACIÓN ALGUNA NI RESPONDA LA PRESENTE SOLICITUD EN CASO DE RECHAZO DE LA MISMA; TAMBIÉN ME COMPROMETO A ACTUALIZAR MIS DATOS AL MENOS UNA VEZ AL AÑO O EN SU DEFECTO CADA VEZ QUE CAMBIE DE DOMICILIO. AUTORIZAMOS A COOPHUMANA PARA QUE REALICEN EL TRATAMIENTO DE NUESTROS DATOS PERSONALES, CON EL FIN DE EJECUTAR ACTIVIDADES DE EVALUACIONES, SELECCIÓN, CONTROL Y REGISTRO CONTABLE, CUMPLIR ASPECTOS FISCALES Y LEGALES, COMUNICAR LAS POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS, AUDITAR Y REVISAR ASPECTOS DERIVADOS DE LA RELACIÓN. EXIMO A COOPHUMANA DE TODA RESPONSABILIDAD QUE SE DERIVE POR INFORMACIÓN ERRÓNEA, FALSA O INEXACTA QUE HUBIERE PROPORCIONADO EN ESTE DOCUMENTO O DE LA VIOLACIÓN DEL MISMO; ME COMPROMETO IGUALMENTE A CUMPLIR Y APLICAR TODOS LOS PROCEDIMIENTOS INTERNOS DEL SARLAFT DE COOPHUMANA. ASÍ MISMO AUTORIZO EXPRESA E IRREVOCABLEMENTE A COOPHUMANA A QUE CONSULTE ANTE LAS ENTIDADES QUE MANEJEN Y/O ADMINISTREN BASES DE DATOS TALES COMO CENTRALES DE RIESGO, LISTAS DE CONTROL SARLAFT Y/O CUALQUIER OTRA LISTAS INFORMATIVAS Y SEA REPORTADO A LAS MISMAS DE SER NECESARIO. LA FIRMA DE ESTE DOCUMENTO EXPRESA LA LECTURA, ENTENDIMIENTO Y ACEPTACIÓN TOTAL DE LA INFORMACIÓN AQUÍ DILIGENCIADA.

FIRMA:

NOMBRE:

TIPO DE DOCUMENTO: C.C. ☐ R.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐

NO. DOCUMENTO:

HUELLA ÍNDICE

DATOS DE REVISIÓN DE LA COOPERATIVA

NOMBRE:

FECHA:

OBSERVACIÓN:

COOPHUMANA
AFIANZA TU CRÉDITO

NIT: 900.528.910-1

CONTRATO DE FIANZA

Entre los suscritos a saber: La COOPERATIVA MULTIACTIVA HUMANA DE APORTE Y CRÉDITO – COOPHUMANA, constituida y representada legalmente por quien suscribe este contrato, quien se identifica como aparece al pie de su firma, todo lo cual consta en el certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio de Barranquilla y en sucesivo se designará como EL FIADOR. _____ mayor de edad, portador de la cédula de ciudadanía No. _____ ,quien en adelante se denominará EL DEUDOR y COOPERATIVA MULTIACTIVA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA - UNADCOOP constituida y representada legalmente por quien suscribe este contrato, quien se identifica como aparece al pie de su firma, todo lo cual consta en el certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio de Bogotá, quien en adelante se denominará EL ACREEDOR, hemos convenido celebrar un contrato de fianza cuya regulación especial queda limitada por las siguientes cláusulas:

CLÁUSULA PRIMERA: OBJETO. EL DEUDOR manifiesta expresamente que ha sido informado del convenio de afianzamiento suscrito entre EL ACREEDOR y COOPHUMANA que concede la oportunidad a los asociados de EL ACREEDOR de acceder a créditos sin necesidad de presentar un codeudor que avale la deuda. EL DEUDOR reconoce expresamente que EL ACREEDOR le ha informado que podrá escoger como fiador una entidad legalmente autorizada para ello, siempre y cuando cumpla las condiciones que para el efecto exija EL ACREEDOR, no obstante, de manera libre y voluntaria EL DEUDOR manifiesta su expresa autorización para acceder al beneficio de la fianza otorgada por COOPHUMANA en virtud del convenio de afianzamiento que celebra con EL ACREEDOR, por lo cual acepta el cobro del costo correspondiente a la comisión de afianzamiento. EL DEUDOR acepta que el beneficio de la fianza otorgada por COOPHUMANA a EL ACREEDOR se limita a facilitarle el acceso al crédito sin necesidad de presentar un codeudor, por lo tanto EL DEUDOR reconoce que en el evento que COOPHUMANA pague la fianza a EL ACREEDOR no se extingue la obligación a su cargo y COOPHUMANA tendrá derecho a perseguir el pago de las obligaciones contraídas por EL DEUDOR, con el apoyo de EL ACREEDOR de ser este el caso, para lo cual podrá requerir el pago judicial o extrajudicialmente. Si hubiere de seguirse acción judicial para el recaudo de cualquiera de las obligaciones afianzadas, serán de cargo de EL DEUDOR todos los gastos y las costas de la cobranza judicial o extrajudicial, lo mismo que los honorarios de abogado. En todo caso, EL ACREEDOR antes de hacer efectiva la fianza perseguirá el pago de las obligaciones ante EL DEUDOR y/o la pagaduría respectiva.

CLÁUSULA SEGUNDA: CUANTÍA. EL DEUDOR pagará por concepto de la fianza una comisión de afianzamiento no reembolsable, cuyo valor resultará de aplicar el porcentaje que oscilará entre el 0.10% y el 4.17% más IVA de acuerdo al plazo del crédito solicitado por el deudor, calculado sobre el valor descubierto (no amparado por Aportes Sociales) del crédito, el cual será descontado del desembolso de manera única anticipada.

CLÁUSULA TERCERA: PLAZO. La fianza que por el presente documento se otorga, estará vigente mientras lo estén las obligaciones presentes o futuras a cargo de EL DEUDOR a favor de EL ACREEDOR.

CLÁUSULA CUARTA: AUTORIZACIONES Y DECLARACIONES. EL DEUDOR autoriza irrevocablemente a EL ACREEDOR a entregar a COOPHUMANA, toda la información relacionada con el crédito aprobado a su favor y de igual manera EL DEUDOR autoriza a COOPHUMANA a entregar dicha información a las personas que realicen la cobranza de su cartera y/o a cualquier otra persona para fines técnicos y comerciales, en los términos de la autorización de tratamiento de datos personales, contenida en la solicitud de crédito de EL ACREEDOR y que forma parte integral del presente documento. Adicionalmente, EL DEUDOR declara: I) Que los recursos utilizados para el pago de las comisiones a favor de COOPHUMANA provienen de su actividad comercial, profesión u oficio y está es lícita y la ejerce dentro del marco legal; los recursos que posee EL DEUDOR no provienen de las actividades ilicitas contempladas en el código penal Colombiano. II) Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terrotistas o actividades terroristas. III) EL DEUDOR manifiesta que no ha sido declarado responsable judicialmente por la comisión de delitos contra la Adminitración Pública, cuya pena sea privativa de la libertad o que afecten el patrimonio del Estado o por delitos relacionados con la pertenencia, promoción o financiación de grupos ilegales, delito de lesa humanidad, narcotrafico en Colombia o en el exterior, soborno transnacional, cohecho (en sus distintas modalidades) tráfico de influencias, colusión, corrupción en el ámbito privado. IV) Que la información que ha suministrado es real y verificable y asume plena responsabilidad por información falsa, errónea o inexacta que hubiere proporcionado V) EL DEUDOR acepta que cualquier error o inexactitud podrá acarrear la reserva del derecho de aceptar o rechazar la solicitud de la fianza y asímismo acepta a que no se le de explicación alguna ni se le responda la presente solicitud en caso de rechazo. Igualmente se obliga a confirmar los datos suministrados anualmente y/o actualizarlos cada vez que cambie de domicilio y teléfonos de contacto. El incumplimiento de dicha autorización faculta a EL FIADOR para revocar unilateralmente el contrato. VI) EL DEUDOR otorga su consentimiento expreso e irrevocable a COOPHUMANA, o a quien sea en el futuro EL ACREEDOR de la obligación afianzada para: a) Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo todta la información relevante para conocer su desempeño como deudor, capacidad de pago, o para valorar el riesgo futuro de concederle una fianza. b) Reportar a las centrales de riesgo y realizar el tratamiento de sus datos personales con el fin de ejecutar actividades de evaluaciones, selección, control y riesgo contable, cumplir con aspectos fiscales y legales. c) Reportar datos del cumplimiento o del incumplimiento, de sus obligaciones, de tal forma que éstas presenten una información cierta, pertinente, completa, actualizada y exacta de su desempeño como deudor. d) Conservar, tanto en COOPHUMANA, como en las centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el período establecido por la Ley, su información crediticia. e) Suministrar a las centrales de riesgo datos relativos a sus solicitudes de crédito, así como otros atinentes a sus relaciones comerciales, financieras y en general socioeconómicas que EL DEUDOR haya entregado o que consten en registros públicos, bases de datos públicas o documentos públicos. f) Reportar a las autoridades públicas, tributarias, aduaneras o judiciales la información que requieran para cumplir sus funciones de controlar y velar el acatamiento de sus deberes constitucionales y legales. La presente autorización, no impedirá a COOPHUMANA ejercer su derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada es cierta, completa, exacta y actualizada, y en caso contrario, COOPHUMANA podrá iniciar contra EL DEUDOR las acciones judiciales de cualquier tipo por la falsedad de la información. g) EL DEUDOR de manera expresa autoriza que le sea enviada información correspondiente a los beneficios que ofrece COOPHUMANA a sus afianzados. Esta autorización estará vigente hasta que se produzca la extinción total de las obligaciones a cargo de EL DEUDOR con EL ACREEDOR o la entidad a la que ésta le haya cedido su obligación. Declaro haber leído cuidadosamente el contenido de este documento y haberlo comprendido a cabalidad. VII) Eximo a COOPHUMANA de toda responsabilidad que se deriven por información errónea, falsa o inexacta que hubiere proporcionado en este documento o de la violación del mismo; me comprometo igualmente a cumplir y aplicar todos los procedimientos internos de SARLAFT de COOPHUMANA. Asímismo autorizo expresa e irrevocablemente a COOPHUMANA que consulte ante las entidades que manejen o administren bases de datos tales como centrales de riesgo, lista de control SARLAFT y/o cualquier otras listas informativas y sea reportado a las mismas de ser necesario. La firma de este documento expresa la lectura, entendimiento y aceptación total de la información aquí suministrada. VIII) Las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verídicas en la forma en que aparecen escritas.

CLÁUSULA QUINTA: EXCEPCIÓN DE LAS OBLIGACIONES. La fianza no se afecta si EL ACREEDOR concede prórrogas, refinanciaciones o novaciones de las obligaciones respaldadas por esta fianza.

CLÁUSULA SEXTA: PRUEBA DE OBLIGACIONES. Se tendrán como pruebas de las obligaciones amparadas por esta fianza todos los documentos privados donde consten las obligaciones de EL DEUDOR, así como los títulos valores suscritos por EL DEUDOR.

CLÁUSULA SÉPTIMA: CAUSALES DE EXTINCIÓN. La fianza que ahora se constituye se extinguirá por la ocurrencia de alguna de las siguientes circunstancias: 1) Si el fiador obtiene de EL ACREEDOR la concesión de relevo de la fianza. 2) Si el fiador lo solicita AL ACREEDOR, quien deberá aceptar si no existieren en dicho momento obligaciones a cargo de EL DEUDOR. 3) Por el cumplimiento de la vigencia establecida. 4) El pago de la obligación. 5) La no existencia de recursos en el Patrimonio Autónomo, constituido a nombre de EL ACREEDOR.

CLÁUSULA OCTAVA: ACEPTACIÓN VOLUNTARIA. Manifiesto de manera voluntaria haber leído y entendido todo lo contenido en este documento y acepto las responsabilidades civiles, fiscales y penales con respecto a la veracidad y responsabilidad de esta información.

En señal de conformidad se suscribe el presente contrato en _____, a los_____ días del mes de _____ del año _____.

EL DEUDOR

FIRMA: _____

NOMBRE: _____

TIPO DE DOCUMENTO: C.C. ☐ R.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐

NO. DOCUMENTO: _____

HUELLA ÍNDICE

EL FIADOR

FIRMA: _____

NOMBRE: _____

TIPO DE DOCUMENTO: C.C. ☐ R.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐

NO. DOCUMENTO: _____

EL ACREEDOR

FIRMA: _____

NOMBRE: _____

TIPO DE DOCUMENTO: C.C. ☐ R.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐

NO. DOCUMENTO: _____

SOLICITUD PARA SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA (ESPACIO EXCLUSIVO PARA ASESOR)

Ofc Radicación	Póliza No.	Fecha Inicio de Vigencia	Fecha Fin de Vigencia	Número Solicitud

☐ Póliza Nueva ☒ Ingreso ☐ Modificación ☐ Renovación

Forma de pago prima

☐ Mensual ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual

Sistema de ajuste

☐ Anual (Cobro de Ajuste Fin Vigencia) ☐ Mensual (Cobro de Ajuste en el Mes)

INFORMACIÓN DE INTERMEDIACIÓN (ESPACIO EXCLUSIVO PARA ASESOR)

Asesores que participan en el seguro. Indique los datos del Líder: Razón Social o Nombre del Asesor (Primero Nombres, luego Apellidos)	Código Asesor	% Participación	Otro Asesor que participe en el seguro. Indique Razón Social o Nombre del Asesor (Primero Nombres, luego Apellidos)	Código Asesor	% Participación
UNION AGNCIA DE SEGUROS LTDA.	45135	100%			

INFORMACIÓN DEL TOMADOR

Tipo de Identificación	Número de Identificación	Razón Social y/o Nombres y Apellidos (Primero Nombres, luego Apellidos)	Tipo de Institución
☐ C.C. ☐ C.E. ☐ PA. ☒ NIT	860.526.545-0	COOPERATIVA UNADCOOP	☐ Pública ☒ Privada

Dirección Correspondencia	Ciudad / Departamento	Correo Electrónico	Teléfono (sin indicativo)
AVENIDA CARRERA 30 No. 1D -25	BOGOTA	gerente.unadcoop@unad.edu.co	(601) 3713421

INFORMACIÓN DEL DEUDOR

Tipo de Identificación	Número de Identificación	Nombres y Apellidos del Asegurado Principal (Primero Nombres, luego Apellidos)	Sexo	Fecha de Nacimiento AAAA MM DD
☐ C.C. ☐ C.E. ☐ PA.			☐ F ☐ M	

Peso (Kg)	Estatura (en cms)	Ciudad	Departamento	Teléfono (Sin indicativo)	Celular

Dirección Correspondencia	Correo Electrónico

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Valor Crédito $ _____

Modalidad de Valor Asegurado:

☒ Saldo Insoluto ☐ Valor inicial Crédito (Constante)

Amparos

☒ Vida

☒ Invalidez por Accidente o Enfermedad — Valor Asegurado

☐ Bono para Gastos Funerarios (pago único) _____ % $ _____

VALOR PRIMA

(según forma de pago pactada)

$ _____

INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS - DEUDORES

"El tomador hasta el saldo insoluto de la deuda. El remanente corresponderá a los beneficiarios libremente designados por el asegurado o en su defecto los de ley"

INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS VOLUNTARIOS

Con derecho a Acrecimiento ☐ SI ☐ NO

Identificación Tipo	Identificación Número	Nombre y Apellidos	%	Parentesco	Identificación Tipo	Identificación Número	Nombre y Apellidos	%	Parentesco

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

1. ¿Tiene, ha tenido o le han diagnosticado: ☐ Enfermedades cardiovasculares ☐ Infarto del miocardio ☐ Arritmias ☐ Hipertensión arterial ☐ Colesterol (Tratado con medicamentos) ☐ Ceguera ☐ Triglicéridos altos (Tratados con medicamentos) ☐ Derrames ☐ Isquemia o trombosis cerebral ☐ Epilepsia ☐ Enfisema (EPOC) ☐ Bronquitis Crónica ☐ Cáncer ☐ Leucemia ☐ Lupus ☐ Tumores malignos ☐ SIDA o VIH positivo ☐ Insuficiencia Renal ☐ Esclerosis múltiple ☐ Artritis reumatoidea ☐ Diabetes ☐ Pancreatitis ☐ Hepatitis B o C ☐ Cirrosis ☐ Retardo mental ☐ Transtornos psiquiátricos ☐ Colitis Ulcerativa ☐ Hipertiroidismo ☐ Parálisis ☐ Deformidades corporales ☐ Sordera total o parcial ☐ Hernia de columna ☐ Pérdida funcional o anatómica ☐ Otra Enfermedad, ¿Cuál?

☐ Consume Actualmente drogas estimulantes Ha estado en tratamiento para: ☐ Alcoholismo ☐ Drogadicción

En caso que usted haya contestado positivamente a la pregunta anterior debe diligenciar la siguiente información: ☐ SI ☐ NO

Nombre del Médico tratante	Nombre de la Institución Médica	EPS	Enfermedad	Nombre del Médico tratante	Nombre de la Institución Médica	EPS	Enfermedad
1.				2.			

2. ¿Ha estado incapacitado u hospitalizado en el último año por más de 60 días, en la actualidad se encuentra en algún tratamiento o estudio médico o sabe si será hospitalizado o intervenido quirúrgicamente o en el último mes ha tenido signos o síntomas como: Secreciones, dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, o sospecha de contagio o infección o le han diagnosticado el COVID-19 (Coronavirus)? ☐ SI ☐ NO

En caso que usted haya contestado positivamente a la pregunta anterior debe diligenciar la siguiente información:

Nombre del Médico tratante	Nombre de la Institución Médica	EPS	Enfermedad	Nombre del Médico tratante	Nombre de la Institución Médica	EPS	Enfermedad
1.				2.			

Observaciones

CLÁUSULA DE GARANTÍA

Declaro(amos) que gozo(amos) de buena salud y que la información que suministro(amos) en este documento solicitud de seguro, es cierta. Que mi (nuestra) ocupación está permitida por la ley y no ejerzo(cemos) actividades ilícitas, ni de alto riesgo. Acepto(amos) que esta declaración sea parte integrante del contrato de seguro y que SURAMERICANA no asume responsabilidad alguna sino mediante la expedición de la póliza o certificación expresa de cobertura.

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo a SURAMERICANA S.A para la recolección, almacenamiento y uso de mis datos personales con la finalidad vincularme como cliente de SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. Autorizo el tratamiento de mis datos, incluso biométricos, que es un dato sensible, para los fines que sean necesarios para la prestación de los servicios encargados particularmente para ejecutar y cumplir el contrato. Autorizo a SURAMERICANA S.A a entregar o compartir mi información con FASECOLDA e INVERFAS S.A; con la finalidad de adelantar actividades y proyectos del sector asegurador, con personas jurídicas que administran bases de datos; para efectos de prevención y control de fraudes y selección de riesgos, con Centrales de Información y Riesgo; con la finalidad de reportar los datos positivos o negativos de mi comportamiento crediticio y financiero; con aliados estratégicos, Intermediarios de Seguros, Compañía matriz, filiales y subsidiarias; con el fin de ser contactado para el ofrecimiento de productos, envío de información, ofertas comerciales y publicitarias. Autorizo a SURAMERICANA S.A para consultar y obtener copia de mi historia clínica, que es un dato sensible, para la suscripción y proceso de reclamación del seguro. Las respuestas a las preguntas sobre el tratamiento de datos sensibles son facultativas. Como Titular de la información tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para el tratamiento, informarse sobre el uso que se ha dado a los mismos, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos cuando sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos.

El responsable del tratamiento de la información es SURAMERICANA S.A, para ejercer los derechos sobre sus datos personales, comunicarse a la línea de Atención al 437 8888 desde Medellín, Bogotá y Cali o al 01 8000518888 en el resto del país. Para conocer nuestra política de privacidad visite www.sura.com.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO POR MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA : DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1152 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, EL NO PAGO DE LAS PRIMAS O DE SUSFRACCIONES DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA FECHA DE CADA VENCIMIENTO PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CERTIFICACIÓN Y ACEPTACIÓN DEL TOMADOR.

Certifico(amos) que el Asesor me(nos) explicó coberturas y exclusiones del contrato, y la información contenida en la solicitud. Además haber leído, entendido y aceptado los textos incorporados en ésta Solicitud de Seguro

Firma del Afiliado o Tomador

Número de Identificación _____

Huella Índice Derecho Afiliado o Tomador

Fecha de diligenciamiento Formato (AAAA/MM/DD) _____

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: **T.I:** Tarjeta de Identidad - **C.C.:** Cédula de Ciudadanía - **C.D:** Carné Diplomático - **C.E:** Cédula de Extranjería - **PA:** Pasaporte - **Nit:** Número de Identificación Tributaria - **PARENTESCO: PR:** Progenitor (Padre-Madre) **CP:** Compañero(a) Permanente - **HI:** Hijo - **FA:** Familiar **Am:** Amigo - **AF:** Afiliado - **SEXO: F:** Femenino - **M:** Masculino - **ESTADO CIVIL: S:** Soltero - **C:** Casado - **V:** Viudo - **U:** Unión Libre - **D:** Divorciado.

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN COMERCIAL PARA CRÉDITOS DE MAYOR CUANTÍA

CIUDAD:	**FECHA:**
NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS DEL SOLICITANTE:	
CEDULA DE CIUDADANÍA No.	**TIPO DE SOLICITANTE:** **Deudor: Codeudor:**
CIUDAD DE RESIDENCIA:	**DIRECCIÓN DE RESIDENCIA:**
CELULAR:	**TELÉFONO:**
CORREO ELECTRÓNICO:	**DEPENDENCIA DE LA UNAD EN LA QUE LABORA:**
TELÉFONO OFICINA:	**DIRECCIÓN OFICINA:**
SUELDO BÁSICO ACTUAL: **$**	**OTROS INGRESOS: $** **Breve descripción:**
VIVIENDA PROPIA: SI NO	**DIRECCIÓN DE LA VIVIENDA:**
VALOR DE LA VIVIENDA : **$**	**MATRÍCULA INMOBILIARIA No.** **Hipotecada: Si No** **Entidad:**
VEHÍCULO PROPIO: SI NO	**MARCA: TIPO:** **MODELO: PLACAS:**
VALOR DEL VEHÍCULO: **$**	**RESERVA DE DOMINIO: Si No** **Entidad:**
Vr. ADEUDADO A OTRAS ENTIDADES: **Entidad 1:_____ $ _____** **Entidad 2:_____ $_____** **Entidad 3: _____ $ _____**	
Garantizo que la anterior información es cierta y está completa, y autorizo a UNADCOOP para que mi nombre sea consultado en las Centrales de Riesgo Crediticio.	
_____ **FIRMA**	