

**COOPRUDEA**

COOPERATIVA DE PROFESORES UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

**NIT. 890.985.032 - 1**UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA Calle 67 No. 53 - 108 Bloque 22 - Of. 111 • Conmutador 516 76 86  
E-mail: cooperativa@cooprudea.com • www.cooprudea.com • Medellín - Colombia**SOLICITUD  
DE CRÉDITO**

VIGILADA SUPERSOLIDARIA

**DATOS DEL CRÉDITO**

Primer apellido \_\_\_\_\_ Segundo apellido \_\_\_\_\_ Nombres \_\_\_\_\_

No. de documento \_\_\_\_\_ Tipo de contrato \_\_\_\_\_ Monto solicitado \$ \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Plazo \_\_\_\_\_ Destino Consumo  Vivienda  Vehículo Forma de pago Nómina  Ahorros  Caja  Periodicidad en los pagos Quincenal  Mensual  Pago único Pago con primas Si  No  Número de primas \_\_\_\_\_ Valor \$ \_\_\_\_\_**GARANTÍAS OFRECIDAS**Codeudor Prendaria  Descripción \_\_\_\_\_ Valor \$ \_\_\_\_\_Hipotecaria  Descripción \_\_\_\_\_ Valor \$ \_\_\_\_\_**DATOS DEL CODEUDOR****CODEUDOR 1**

Apellidos \_\_\_\_\_ Nombres \_\_\_\_\_ No. de documento \_\_\_\_\_

Dirección residencia \_\_\_\_\_ Barrio \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_

Tipo Rural  Urbana  Teléfono 1 \_\_\_\_\_ Teléfono 2 \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_Estado laboral Empleado  Independiente  Empresa donde trabaja \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_Jubilado  Teléfono \_\_\_\_\_ Fecha de vinculación    /    /    /

Dirección de la empresa \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

**CODEUDOR 2**

Apellidos \_\_\_\_\_ Nombres \_\_\_\_\_ No. de documento \_\_\_\_\_

Dirección residencia \_\_\_\_\_ Barrio \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_

Tipo Rural  Urbana  Teléfono 1 \_\_\_\_\_ Teléfono 2 \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_Estado laboral Empleado  Independiente  Empresa donde trabaja \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_Jubilado  Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha de vinculación    /    /    /

Dirección de la empresa \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

## REFERENCIAS

**COMERCIAL** Entidad \_\_\_\_\_ Ciudad y teléfono \_\_\_\_\_

**FINANCIERA** Entidad \_\_\_\_\_ Ciudad y teléfono \_\_\_\_\_

**FAMILIARES** Nombre \_\_\_\_\_ Ciudad y teléfono \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Ciudad y teléfono \_\_\_\_\_

**PERSONAL** Nombre \_\_\_\_\_ Ciudad y teléfono \_\_\_\_\_

## SOLICITUD DE SEGURO - DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD - GRUPO DEUDORES

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ Cargo que ocupa \_\_\_\_\_

Estado civil \_\_\_\_\_ Peso (Kg) \_\_\_\_\_ Estatura (mts) \_\_\_\_\_ Valor asegurado \_\_\_\_\_

### AL MOMENTO DE DILIGENCIAR EL FORMATO TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE:

**Con plena conciencia de que la reticencia o la falsedad dejan sin efecto el seguro, así como de que éste se otorga a las personas de salud normal, doy respuesta de buena fe a los siguientes interrogantes:**

Favor contestar en la casilla respectiva si presenta actualmente o ha presentado alguna vez cualquiera de las siguientes condiciones:

- |                                 |   |                               |   |
|---------------------------------|---|-------------------------------|---|
| 1. AFECCIONES CARDIOVASCULARES  | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 6. CIRUGÍA                    | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 2. AFECCIONES CEREBROVASCULARES | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 7. ALCOHOLISMO                | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 3. CÁNCER                       | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 8. TABAQUISMO / DROGADICCIÓN  | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 4. DIABETES                     | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 9. HIPERTENSIÓN ARTERIAL      | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 5. VIH POSITIVO / SIDA          | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 10. ENFERMEDADES CONGÉNITAS   | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
|                                 |   | 11. ENFERMEDADES DEL COLÁGENO | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |

**EN CASO DE CONTESTAR SI A ALGUNA DE LAS PREGUNTAS O SI PADECE ALGUNA ENFERMEDAD AGUDA O CRÓNICA, AFECCIÓN O ADICCIÓN FAVOR EXPLICAR DETALLADAMENTE**

**EN CASO DE HABER CONTESTADO NO A LAS ANTERIORES PREGUNTAS, DECLARO Y FIRMO:** Como asegurado principal garantizo que en este momento de ingreso a la póliza, me encuentro en buen estado de salud y mi habilidad física no se encuentra en manera alguna reducida y no ha padecido ni me ha sido diagnosticada ninguna enfermedad cerebro vascular, cardiovascular, hipertensión arterial, diabetes, cáncer, SIDA, alcoholismo, tabaquismo, drogadicción y en general ninguna enfermedad preexistente que de acuerdo con el Artículo 1058 del Código de Comercio conduzca a la nulidad del contrato de seguro.

Así mismo, autorizo expresamente a cualquier médico funcionario de hospital o persona que me haya atendido a suministrar copia de la historia clínica solicitada por la Equidad Seguros de Vida O.C. sobre mi estado de salud pasado o presente y a entregar mi historia clínica. Esta autorización se hace extensiva aún después de mi fallecimiento.

En constancia se firma en \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_ .

FIRMA ASEGURADO \_\_\_\_\_

## AUTORIZACIONES

Autorizo a la **COOPERATIVA DE PROFESORES UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA - COOPRUDEA** - para debitar de mis depósitos de ahorro todo compromiso que se desprenda de la vinculación con ella. Así mismo la autorizo para reportar, procesar, solicitar y divulgar a las centrales de riesgo o a cualquier entidad que maneje o administre bases de datos toda la información referente a mi comportamiento y hábitos de crédito y en general el cumplimiento de obligaciones. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se refleje en las mencionadas bases de datos, en las cuales se consigna de manera completa todos los datos referentes a mi actual y pasado comportamiento frente al Sector Financiero.

Firma Deudor \_\_\_\_\_

Firma Codeudor 1 \_\_\_\_\_

Firma Codeudor 2 \_\_\_\_\_

|               |                   |                   |
|---------------|-------------------|-------------------|
|               |                   |                   |
| Huella Deudor | Huella Codeudor 1 | Huella Codeudor 2 |

## DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Formato de actualización de datos si no se ha llenado en un término inferior a un año.<br><input type="checkbox"/> Fotocopia ampliada al 150% del documento de identidad.<br><input type="checkbox"/> Colillas de pago del último mes.<br><input type="checkbox"/> Certificado laboral no superior a 30 días.<br><input type="checkbox"/> Extractos bancarios (último trimestre).<br><input type="checkbox"/> Fotocopia del impuesto predial actualizado.<br><input type="checkbox"/> Fotocopia de la matrícula del vehículo. | <input type="checkbox"/> Original del Certificado de Tradición y Libertad. con vigencia no mayor a 30 días de expedición.<br><input type="checkbox"/> Certificado de ingresos y retenciones.<br><input type="checkbox"/> Certificado de otros ingresos.<br><input type="checkbox"/> Declaración de renta último año gravable si no está obligado a declarar. certificado de no declarante.<br><input type="checkbox"/> Avalúo comercial. |
|--|--|

## RECIBIDO

|   |   |   |       |      |       |
|---|---|---|-------|------|-------|
| D | M | A | Fecha | Hora | Firma |
|---|---|---|-------|------|-------|