

SOLICITUD DE PRÉSTAMO

 CONVENIO

 COMP. DE SALUD

 L. DISPONIBILIDAD

 VACACIONES

ANTECEDENTES DEL PRÉSTAMO

MONTO SOLICITADO	NÚMERO CUOTAS	Nº PAGARÉ	FECHA PRESENTACIÓN
DESTINO DE PRÉSTAMO			

ANTECEDENTES PERSONALES AFILIADO SOLICITANTE (COMPLETAR TODOS LOS DATOS)

APELLIDOS		NOMBRES		
R.U.T.	ESTADO CIVIL	TELÉFONO PARTICULAR RED FIJA	E MAIL	
DIRECCIÓN PARTICULAR		COMUNA	CIUDAD	CELULAR

ANTECEDENTES LABORALES AFILIADO

CARGO ACTUAL / ACTIVIDAD	NOMBRE EMPLEADOR		
DIRECCIÓN LABORAL	COMUNA	CIUDAD	TELÉFONO OFICINA

ANTECEDENTES PERSONALES CÓNYUGE

APELLIDOS		NOMBRES		
R.U.T.	RENTA LÍQUIDA	TELÉFONO PARTICULAR RED FIJA	E MAIL	
DIRECCIÓN PARTICULAR		COMUNA	CIUDAD	CELULAR
CARGO ACTUAL / ACTIVIDAD		NOMBRE EMPLEADOR		
DIRECCIÓN LABORAL	COMUNA	CIUDAD	TELÉFONO OFICINA	

DETALLE DE PASIVOS O CRÉDITOS

INSTITUCIÓN	TIPO CRÉDITO	MONTO DEUDA	VENCIMIENTO	PAGO MENSUAL	GARANTÍA OTORGADA
TOTALES			TOTALES		

ANTECEDENTES PERSONALES AVAL (COMPLETAR TODOS LOS DATOS)

APELLIDOS		NOMBRES	
R.U.T.	RENTA LIQUIDA	TELÉFONO PARTICULAR RED FIJA	E MAIL
DIRECCIÓN PARTICULAR		COMUNA	CIUDAD
			CELULAR
CARGO ACTUAL / ACTIVIDAD		ANTIG. EMPLEO	NOMBRE EMPLEADOR
DIRECCIÓN LABORAL		COMUNA	CIUDAD
			TELÉFONO OFICINA

AUTORIZACIÓN

DE ACUERDO CON LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 1° DE LA LEY 20.575 EN RELACIÓN CON EL ARTÍCULO 2° DEL CÓDIGO DEL TRABAJO, AUTORIZO A LA FUNDACIÓN ASISTENCIAL DE TRABAJADORES DEL BANCO DEL ESTADO DE CHILE, PARA QUE EVENTUALMENTE PUEDA CONSULTAR MI SITUACIÓN COMERCIAL EN DICOM O LA ENTIDAD QUE LO REEMPLACE, EXCLUSIVAMENTE PARA LA EVALUACIÓN COMERCIAL DEL OTORGAMIENTO DEL CRÉDITO QUE ESTOY SOLICITANDO.

AUTORIZO AL EMPLEADOR PARA QUE DESCUENTE DE MIS REMUNERACIONES LAS CUOTAS CORRESPONDIENTES AL CRÉDITO CONCEDIDO, COMO SOLICITANTE Y/O COMO AVAL CUANDO CORRESPONDA.

LA TASA DE INTERÉS APLICADA AL CRÉDITO SOLICITADO, SERÁ LA VIGENTE A LA FECHA DE APROBACIÓN DE ÉSTE POR PARTE DE LA FUNDACIÓN ASISTENCIAL TRABAJADORES DEL BANCO DEL ESTADO DE CHILE.

EN CASO DE PERDER LA CALIDAD DE TRABAJADOR DEL BANCOESTADO, DE FUNDACIÓN DE SALUD TRABAJADORES DEL BANCO DEL ESTADO DE CHILE O DE LA FUNDACIÓN ASISTENCIAL DE TRABAJADORES DEL BANCO DEL ESTADO DE CHILE, SE PODRÁ HACER EXIGIBLE LA TOTALIDAD DEL PRÉSTAMO QUE SE CONCEDE, NO PUDIENDO RETRACTARME DE ESTA AUTORIZACIÓN MIENTRAS TENGA OBLIGACIONES CON CUALQUIERA DE ESTAS ENTIDADES.

ANTE LAS MISMAS CIRCUNSTANCIAS AUTORIZO, EXPRESAMENTE, A FUNDACIÓN DE SALUD TRABAJADORES DEL BANCO DEL ESTADO DE CHILE Y/O FUNDACIÓN ASISTENCIAL DE TRABAJADORES DEL BANCO DEL ESTADO DE CHILE, PARA QUE DESCUENTE EL SALDO ADEUDADO POR PRÉSTAMOS, DEL MONTO DE INDEMNIZACIÓN POR AÑOS DE SERVICIOS, DESAHUCIOS, INCAPACIDAD LABORAL U OTROS VALORES QUE CORRESPONDIERA PERCIBIR A TRAVÉS DE MI EMPLEADOR, RESPECTO DEL CUAL SE PONE TÉRMINO A LA RELACIÓN LABORAL.

DECLARO QUE LOS ANTECEDENTES REGISTRADOS REPRESENTAN FIELMENTE MI PATRIMONIO A ESTA FECHA. ASUMO LA OBLIGACIÓN DE COMUNICAR POR ESCRITO Y OPORTUNAMENTE AL BANCOESTADO, FUNDACIÓN DE SALUD TRABAJADORES DEL BANCO DEL ESTADO DE CHILE Y/O A LA FUNDACIÓN ASISTENCIAL DE TRABAJADORES DEL BANCO DEL ESTADO DE CHILE, CUALQUIER CIRCUNSTANCIA QUE, A CONTAR DE ESTA FECHA, AFECTE LOS ANTECEDENTES INDICADOS. MIENTRAS TAL COMUNICACIÓN NO SE EFECTÚE, DEBEN ENTENDERSE, PERMANENTEMENTE ACTUALIZADOS Y ASUMO, POR TANTO, LA RESPONSABILIDAD SEÑALADA EN ART. 45 BIS CUYO TEXTO SEÑALA: "EL QUE OBTUVIERE CRÉDITOS DE INSTITUCIONES DE CRÉDITOS PÚBLICAS O PRIVADAS, SUMINISTRANDO O PROPORCIONANDO DATOS FALSOS O MALICIOSAMENTE INCOMPLETOS ACERCA DE SU IDENTIDAD, ACTIVIDAD O ESTADO DE SITUACIÓN O PATRIMONIO, CAUSANDO PERJUICIOS A LA INSTITUCIÓN, SUFRIRÁ LA PENA DE PRESIDIO MENOR EN SUS GRADOS MEDIO A MÁXIMO".

FIRMA SOLICITANTE

FIRMA AVAL