

SOLICITUD DE PRÉSTAMO



FUNDACIÓN ASISTENCIAL
Y FUNDACIÓN DE SALUD
TRABAJADORES DEL
BANCO DEL ESTADO
DE CHILE

VIVIENDA

COMP. DE SALUD

L. DISPONIBILIDAD

ANTECEDENTES DEL PRÉSTAMO

MONTO SOLICITADO	NÚM. CUOTAS	Nº CRÉDITO/PAGARÉ	FECHA PRESENTACIÓN
------------------	-------------	-------------------	--------------------

ANTECEDENTES PERSONALES AFILIADO SOLICITANTE (COMPLETAR TODOS LOS DATOS)

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES	
R.U.T.	ESTADO CIVIL	TELÉFONO PARTICULAR DE RED FIJA	MAIL		
DIRECCIÓN PARTICULAR		COMUNA	CIUDAD	CELULAR	

ANTECEDENTES LABORALES AFILIADO

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

ANTECEDENTES PERSONALES CONYUGE

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES	
R.U.T.	RENTA LIQUIDA	TELÉFONO PARTICULAR DE RED FIJA	MAIL		
DIRECCIÓN PARTICULAR		COMUNA	CIUDAD	CELULAR	
CARGO ACTUAL / ACTIVIDAD		NOMBRE EMPLEADOR			
DIRECCIÓN LABORAL		COMUNA	CIUDAD	TELÉFONO OFICINA	

DETALLE DE PASIVOS O CREDITOS

INSTITUCION.	TIPO CREDITO	MONTO DEUDA	VENCIMIENTO	PAGO MENSIAL	GARANTIA OTORGADA
		TOTALES	TOTALES		

ANTECEDENTES PERSONALES AVAL (COMPLETAR TODOS LOS DATOS)

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES	
R.U.T.	RENTA LIQUIDA	TELÉFONO PARTICULAR DE RED FIJA		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 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.

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

ANTE LAS MISMAS CIRCUNSTANCIAS AUTORIZO, EXPRESAMENTE, A LA FUNDACIÓN ASISTENCIAL Y/O DE SALUD, 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 MI PATRIMONIO A ESTA FECHA. ASUMO LA OBLIGACIÓN DE COMUNICAR POR ESCRITO Y, OPORTUNAMENTE AL BANCO Y A LA FUNDACIÓN ASISTENCIAL 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 ES EL SIGUIENTE: "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 AVAL

 FIRMA SOLICITANTE