



# FONDO DE EMPLEADOS Y TRABAJADORES DEL SISTEMA NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIAR

## Solicitud de crédito

CIUDAD Y FECHA: \_\_\_\_\_

### DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE:

NOMBRE DEL ASOCIADO: \_\_\_\_\_ CEDULA No \_\_\_\_\_

DIRECCION RESIDENCIA: \_\_\_\_\_ BARRIO: \_\_\_\_\_ TEL. FIJO \_\_\_\_\_

TEL. CELULAR: \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_

EMPRESA DONDE LABORA: \_\_\_\_\_ TEL. EMPRESA \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_

VALOR ACTIVOS: \_\_\_\_\_ VALOR PASIVOS: \_\_\_\_\_

INGRESOS POR OTRAS ACTIVIDADES: \_\_\_\_\_ CONCEPTO: \_\_\_\_\_

### CREDITO SOLICITADO:

LÍNEA: \_\_\_\_\_ VALOR TOTAL SOLICITADO \$ \_\_\_\_\_

PARA CANCELARLO EN: \_\_\_\_\_ MESES CON \_\_\_\_\_ CUOTAS EXTRAS DE \$ \_\_\_\_\_ CADA UNA.

### REFERENCIA FAMILIAR:

NOMBRE \_\_\_\_\_ TEL. FIJO: \_\_\_\_\_ CEL: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN RESIDENCIA \_\_\_\_\_ BARRIO: \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_

ENTIDAD DONDE LABORA: \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_

CUENTA PARA DESEMBOLSO: BANCO \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_

Tipo AH \_\_\_\_ CTE \_\_\_\_ NOMBRE DEL TITULAR: \_\_\_\_\_ CÉDULA No. \_\_\_\_\_



# FONDO DE EMPLEADOS Y TRABAJADORES DEL SISTEMA NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIAR

## Solicitud de crédito

### INFORMACION DE LOS CODEUDORES:

PRIMER CODEUDOR:

NOMBRE: \_\_\_\_\_ CEDULA No \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN RESIDENCIA \_\_\_\_\_ BARRIO: \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_

TEL. FIJO: \_\_\_\_\_ TEL. CELULAR: \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_

EMPRESA DONDE LABORA: \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_

VALOR DE APORTES: \$ \_\_\_\_\_ SALDO DE CRÉDITOS: \$ \_\_\_\_\_

SEGUNDO CODEUDOR:

NOMBRE: \_\_\_\_\_ CEDULA No \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN RESIDENCIA \_\_\_\_\_ BARRIO: \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_

TEL. FIJO: \_\_\_\_\_ TEL. CELULAR: \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_

EMPRESA DONDE LABORA: \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_

VALOR DE APORTES: \$ \_\_\_\_\_ SALDO DE CRÉDITOS: \$ \_\_\_\_\_

**CLAUSULA ESPECIAL DE ATENCIÓN DE RECLAMOS:** “En este momento de ingreso a la póliza “Deudas por Muerte” y “Ahorros Permanentes y Aportes Sociales por Muerte” declaro que me encuentro en buen estado de salud y que mi habilidad física no se encuentra de manera alguna reducida, que no padezco ni me han diagnosticado ninguna enfermedad cerebrovascular, cardiovascular, diabetes, sida, hipertensión arterial, cáncer, alcoholismo, tabaquismo y en general ninguna enfermedad preexistente al inicio de este seguro”.

**AVISO DE PRIVACIDAD:** Con la firma de este documento se autoriza a FEBIFAM para que verifique la información consignada en el mismo y efectúe los procedimientos establecidos en su reglamento de crédito, así como también utilice la misma para su gestión comercial.

-----  
**FIRMA DEUDOR**  
C C.

-----  
**FIRMA PRIMER CODEUDOR**  
CC.

-----  
**FIRMA SEGUNDO CODEUDOR**  
CC.