

A través de este formato usted solicita a Allianz Seguros de Vida S.A. un crédito cuya garantía son los recursos sobre los cuales usted es titular en el Fondo Voluntario de Pensiones.

Ciudad	Departamento
Fecha de diligenciamiento	DDMMAAAA

Diligencie todas las casillas sin omitir ninguna en letras imprenta, tinta negra, sin tachones ni enmendaduras.

Datos Generales del Solicitante

Primer Apellido		Segundo Apellido		Nombre Completo	
Documento de identificación C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> PAS. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/>		No. <input type="text"/> Expedida en		Fecha de Expedición DDMMAAAA	
Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Estado Civil Soltero <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		Nacionalidad Colombiano <input type="checkbox"/> Extranjero residente <input type="checkbox"/>	
Dirección de residencia		Dirección Oficina		Lugar y Fecha de nacimiento DDMMAAAA	
Ciudad		Departamento		Estrato	
Vive en casa Propia <input type="checkbox"/> Alquilada <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/>		Nivel de Estudios Primaria <input type="checkbox"/> Postgrado <input type="checkbox"/>		Técnico <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/>	
Declara renta Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Teléfono		Teléfono Celular	
Ocupación: Independiente <input type="checkbox"/> Asalariado <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cuál?		Envío correspondencia Casa <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/> Correo Electrónico <input type="checkbox"/>		Tiempo en residencia Actual Años <input type="text"/> Meses <input type="text"/>	

Información del Crédito Solicitado

Crédito Nuevo <input type="checkbox"/>	Valor Solicitado (COP) \$
Renovación <input type="checkbox"/>	Valor Solicitado (Letras)

Información de su cónyuge

Nombres		Apellidos	
Tipo y número de Identificación C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>		No. <input type="text"/> Empresa donde labora	
		Cargo	
		Teléfono	

Si es empleado (diligencie la siguiente información)

Empresa donde trabaja		Nit.		Cargo Actual	
Fecha de Vinculación DDMMAAAA		Dirección		EPS donde cotiza	
Barrio		Ciudad		Departamento	
Teléfono		Ext.		Tipo de empresa Pública <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Cuál?	

Si es independiente o socio (diligencie la siguiente información)

Nombre de la empresa		Nit.	
Dirección		Ciudad	
		Departamento	
Teléfono		Sector	
		Capital Vinculado \$ COP	
Actividad Económica Principal código CIU (acorde con lo establecido en el código internacional CIU)			
Nombre del Proveedor Principal		Contacto	
		Teléfono fijo y celular	

Información Financiera

En caso de ser insuficiente el espacio asignado, favor adjuntar hoja adicional

Ingresos y Egresos Mensuales (cifras en pesos)		Activos y Pasivos (cifras en pesos)	
Sueldo	\$	Bienes Raíces	\$
Honorarios	\$	Vehículos	\$
Arriendo (s)	\$	Otros Activos	\$
Otros Ingresos	\$	Total Activos	\$
Total Ingresos	\$	Total Pasivos	\$
Egreso Arriendo (s)	\$		
Otros egresos	\$		
Total Egresos	\$		

Descripción de otros ingresos

Referencias

Nombre y Apellidos (Familiar, que no viva con el solicitante)	Tipo de Vínculo	Teléfono
Nombre y Apellidos (Personal, que no viva con el solicitante)	Tipo de Vínculo	Teléfono

Otras Operaciones

Realiza transacciones en moneda extranjera	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Tipo de operación	Tipo de Producto
Identificación de producto	Entidad	Monto (COP)	
Ciudad	País	Moneda	

Instrucciones de desembolso del Crédito

Cuenta Solicitante	<input type="checkbox"/> Banco	Corriente	<input type="checkbox"/> Número de Cuenta
Cuenta Tercero	<input type="checkbox"/>	Ahorros	<input type="checkbox"/>
Cheque Solicitante	<input type="checkbox"/> Nombre tercero	Identificación tercero (CC o NIT)	
Cheque para Tercero	<input type="checkbox"/>		

Declaración Origen de Fondos

El abajo firmante obrando en nombre propio, de manera voluntaria declaro que entregaré a Allianz Seguros de Vida S.A. y/o la compañía que detente la calidad de entidad acreedora, como abono en virtud del crédito solicitado los recursos que provienen y provendrán de las siguientes fuentes: _____ (detalle la ocupación, oficio, Profesión, negocio, etc). Igualmente declaro bajo la gravedad de juramento que los recursos no provienen ni provendrán de ninguna actividad ilícita de las contempladas en la ley colombiana.

Condiciones del Crédito

- Tasa: La tasa será la vigente, de acuerdo con la política establecida. La DTF será la aplicable a la fecha del desembolso o prórroga del crédito y el spread será el vigente al momento del trámite de crédito.
- Plazo: 1 Año
- Modalidad de pago de intereses: Anual
- Gravámen al movimiento Financiero (4x1000): El cliente asumirá este valor y será descontado en todos los desembolsos

Declaraciones, autorizaciones y firma

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo a ALLIANZ SEGUROS S.A. y/o ALLIANZ SEGUROS DE VIDAS S.A., ("las Compañías") para tratar mis datos personales, es decir, realizar operaciones sobre los mismos, como recolección, almacenamiento, uso, circulación, transferencia o transmisión. Declaro que conozco los fines para los cuales serán tratados mis datos o los de la persona que represento en el marco del seguro, así: (i) Atención de solicitudes, gestión integral del seguro y contratos con las Compañías; (ii) Transmisión de mis datos a terceros para el cumplimiento del contrato de seguro; (iii) Control y prevención del fraude; (iv) Consultar y usar la información de bases de datos públicas o privadas, legalmente autorizadas; (v) Con fines de verificación del riesgo crediticio, solicite, procese, verifique y consulte, a los operadores de bancos o centrales de información autorizados por la legislación, incluidos DATA CREDITO y CIFIN; (vi) Fines estadísticos, de consulta, y técnico-actuariales; (vii) Transferir o transmitir información a terceros con quienes celebre contratos de transferencia o transmisión de datos; (viii) Seguridad y/o prueba ante una autoridad, cuando los datos sean obtenidos a través de grabaciones o suministrados por el titular a la empresa de vigilancia para el ingreso a las instalaciones de las Compañías. Manifiesto que los datos que he suministrado a las Compañías son ciertos, que la información que he entregado es veraz y verificable y autorizo su verificación ante cualquier persona sin limitación alguna y me obligo a actualizar o confirmar la información una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite.

Esta autorización aplica incluso para aquellos casos en los cuales no se logre formalizar una relación contractual con las Compañías o la relación contractual con las Compañías haya terminado, siempre que subsistan los fines para los cuales serán tratados mis datos. IMPORTANTE: Autorizo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, los relativos a la salud y los biométricos y entiendo que las preguntas que me hagan sobre estos datos o los de niños(as) y adolescentes, tienen carácter facultativo. Autorizo irrevocablemente para que durante la etapa precontractual y la vigencia del contrato de seguro que llegare a celebrar con Allianz Seguros de Vida S.A y por diez años más después de finalizada la vigencia del mismo, los médicos e instituciones médicas que me hayan brindado atención en servicios de salud, suministren a Allianz Seguros de Vida S.A, la información sobre mi historia clínica y/o estado de salud aún después de mi fallecimiento.

Autorizaciones Generales

- Declaro que la información suministrada en este documento, es verídica y autorizo a Allianz Seguros de Vida S.A. y/o a la compañía que detente la calidad de acreedora a verificar, consultar, reportar, procesar y divulgar a las centrales de riesgo, comprometiéndome a actualizarla anualmente.
- Autorizo suministrar, remitir, compartir y procesar la información por mí proporcionada ó la cual se genere o se obtenga en virtud de esta solicitud, incluyendo la de mi comportamiento crediticio con otras entidades del grupo Allianz y/o del sector financiero y/o sector comercial, para todos los efectos y para las eventuales vinculaciones con otras entidades del Grupo Allianz.
- Autorizo la verificación de la información suministrada y la que se suministre en un futuro, autorización que igualmente se hace extensiva a las entidades del Grupo Allianz.
- Autorizo el envío de comunicaciones y/o notificaciones así como extractos y demás documentos derivados de la relación contractual, así como material publicitario a cualquiera de las direcciones registradas en el presente documento incluyendo la dirección de correo electrónico.
- Autorizo grabar y reproducir todas las comunicaciones y/o las conversaciones telefónicas que mantenga en desarrollo de la relación contractual.
- Autorizo destruir la información/documentación relacionada con solicitudes de productos no aprobados.
- Con la suscripción del presente documento certifico que recibí información sobre el manejo adecuado de los productos, información general de los mismos, comisiones y procesos, así como utilización y medidas de seguridad para uso a través de los canales de Allianz.

Información Comercial

Firma del FP	Clave
Nombre del FP	No. de identificación

Resultado del estudio de crédito

Resultado del estudio	Cupo Adjudicado	Vo Bo
Nombre y firma analista	Valor Garantía	

Para uso exclusivo de ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.

Firma

Nombre:
Identificación No.

Huella

Fecha de radicación:

DDMM AAAA