

SOLICITUD ÚNICA DE PRÉSTAMO
VIGENCIA FORMULARIO 30 DÍAS

1.- DATOS PERSONALES					FECHA SOLICITUD			
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES				
CÉDULA DE IDENTIDAD			N° DE CARNET DE MEDICINA CURATIVA					
DOMICILIO PARTICULAR								
TELÉFONO			CORREO ELECTRÓNICO					
N° CUENTA BANCO			BANCO					
TIPO DE CUENTA	CTA. AHORRO	CHEQUERA ELECTRÓNICA		CUENTA RUT				
	PAGO CASH	CUENTA CORRIENTE	PAGO A CURADOR		PAGO EN PENSIÓN			
TIPO DE PRÉSTAMO	AUXILIO	MÉDICO DIFERENCIA DE ARANCEL		MÉDICO ARTÍCULO 45°				
	HABITACIONALES							
	ADQUISICIÓN	REPARACIÓN	AHORRO PREVIO		AMPLIACIÓN			
CANTIDAD SOLICITADA	\$		NÚMERO DE CUOTAS (Sólo referencial)					
<p>Los Préstamos habitacionales y médicos se servirán con un interés del 4% anual y se reajustarán anualmente según la variación experimentada por el Índice de precios al consumidor (IPC) determinado por el Instituto Nacional de Estadística o el organismo que lo reemplace, reajuste que se aplicará a contar del mes siguiente al pago del beneficio.</p> <p>El Préstamo de auxilio se servirá con un interés del 6% anual, que se aplicará a contar del mes siguiente al pago del beneficio, y se devengará proporcionalmente, en el caso que el préstamo no llegue a alcanzar el año entero inicial o un año entero posterior.</p> <p>Autorizo a la Dirección de Previsión (DIPRECA) para descontar de mi remuneración, pensión de retiro o montepío los dividendos mensuales correspondientes al servicio de la deuda, en los términos previstos en los Arts. 10° del D.L. 844 y de 50° del D.S. 103, de Defensa, ambos del año 1975.</p> <p>Préstamo sin cobertura de seguro de desgravamen. En caso de fallecimiento, la deuda será cobrada a sus herederos/as (artículos 1526, N°4 y 1528, del Código Civil). Quien firma declara ser el titular de la cuenta antes señalada y autoriza a Dipreca al depósito del préstamo en ella.</p> <p>En caso de que no esté registrada la firma en la cédula de identidad, deberá estampar la huella dígito pulgar.</p> <p>El deudor y los fiadores codeudores solidarios, con conocimiento de las especiales condiciones de plazo y costos del presente crédito, expresan que no se encuentran en los casos de exceso de endeudamiento e insolvencia, de cesación de pagos y de incumplimiento de sus obligaciones, o incapacidad financiera en general, que les permitan ahora o en el futuro someterse al amparo que les brinda la Ley N° 20.720 de Insolvencia y Reemprendimiento.- Y por la vía del mayor abundamiento, renuncia a incorporar el o los créditos aquí recibidos de Dipreca, y la obligación u obligaciones aquí asumidas, a procedimientos concursales de renegociación y concursal de liquidación de Personas de la indicada Ley 20.720, pues para tales efectos y por lo aquí declarado, se le considerará que ha obrado de mala fe y que está produciendo perjuicios a DIPRECA. Igualmente se le considerará de mala fe y que causa los perjuicios a DIPRECA, si actualmente está tramitando alguna de las gestiones de la Ley N°20.720.-</p>								
<p>_____</p> <p>FIRMA IMPONENTE O DE SU REPRESENTANTE LEGAL (Tutor, curador o mandatario con poder notarial certificado por Fiscalía de DIPRECA)</p>								
2.- FIADORES — CODEUDORES SOLIDARIOS					FECHA			
<p>Declaramos y aceptamos que las obligaciones que asumimos como fiadores-codeudores solidarios son indivisibles, renunciando expresamente al beneficio de excusión, y aceptando cada uno obligarse en forma solidaria al total de la deuda garantizada, la que puede ser exigida a cualquiera de sus sucesores o herederos.</p>								
FIADORES — CODEUDORES SOLIDARIOS (NOMBRES Y APELLIDOS)				NÚMERO DEL CARNET DE MEDICINA CURATIVA				
1.-	_____			_____				
2.-	_____			_____				
3.-	_____			_____				
4.-	_____			_____				
<p>CERTIFICO QUE LOS FIADORES - CODEUDORES SOLIDARIOS ACREDITAN 20 O MAS AÑOS DE SERVICIOS EN LA INSTITUCIÓN</p>								
<p>_____</p> <p>NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL JEFE DE UNIDAD (para personal activo)</p>								
3.- USO EXCLUSIVO ASISTENTES SOCIALES (PRÉSTAMO ART. 45°)								
FECHA SOLICITUD PRÉSTAMO				FECHA DESPACHO AL FONDO AUXILIO SOCIAL				
DESCRIPCIÓN ELEMENTO								
COTIZACIÓN				MONTO				
				\$				
				\$				
				\$				
COTIZACIÓN APROBADA	N°	APORTE IMPONENTE	\$	MONTO SOLICITADO	\$			
OBSERVACIONES:								
<p>_____</p> <p>FIRMA Y TIMBRE DE LA ASISTENTE SOCIAL</p>								

4.- USO EXCLUSIVO DEL SUBDEPARTAMENTO REGISTROS Y BALANCES (PRÉSTAMO DIFERENCIA DE ARANCEL) SE SOLICITA REGISTRAR DEUDA DE ATENCIONES MÉDICAS DEL IMPONENTE EN:

FECHA DE RECEPCIÓN		FECHA DE DEVOLUCIÓN AL FONDO DE AUXILIO SOCIAL	
CÓDIGO N° 131	CÓDIGO N° 141	CUENTAS POR ANÁLISIS	SIN DEUDA
		\$	
NOMBRE Y FIRMA DEL INFORMANTE		FIRMA Y TIMBRE JEFE	

5.-USO EXCLUSIVO DEL FONDO DE AUXILIO SOCIAL

SÍRVASE CERTIFICAR SI EL IMPONENTE SEÑALADO HA SIDO DEUDOR DE PRÉSTAMO EN ESTA INSTITUCIÓN.

TIPO DE PRÉSTAMO	FECHA DE OTORGAMIENTO		DIVIDENDO QUE PAGA	SALDO ACTUAL DE LA DEUDA	OBSERVACIONES
1.-			\$	\$	
			\$	\$	
			\$	\$	
			\$	\$	

6.- DATOS DEL PRÉSTAMO

SUELDO O PENSIÓN MENSUAL IMPONIBLE \$ _____

SUELDO O PENSIÓN MENSUAL LÍQUIDO \$ _____

MONTO DEL PRÉSTAMO A QUE TENDRÍA DERECHO \$ _____

PLAZO MÁXIMO DE AMORTIZACIÓN _____ MESES

OBSERVACIONES:

7.- APROBACIONES

_____ NOMBRE Y FIRMA DEL(A) REVISOR	_____ FIRMA Y TIMBRE JEFATURA F.A.S. - OFICINA REGIONAL
_____ FIRMA Y TIMBRE JEFATURA DE ÁREA	_____ FIRMA Y TIMBRE DIRECTOR DE PREVISIÓN