

SOLICITUD ÚNICA DE PRÉSTAMO  
VIGENCIA FORMULARIO 30 DÍAS

<b>1.- DATOS PERSONALES</b>					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°			
	<b>HABITACIONALES</b>							
	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>								
<b>2.- FIADORES — CODEUDORES SOLIDARIOS</b>					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>								
<b>3.- USO EXCLUSIVO ASISTENTES SOCIALES (PRÉSTAMO ART. 45°)</b>								
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
		\$	
<b>NOMBRE Y FIRMA DEL INFORMANTE</b>		<b>FIRMA Y TIMBRE JEFE</b>	

**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