

## Solicitud de crédito

día	mes	año
-----	-----	-----

## Nombre o razón social

R.U.T.	Dirección
--------	-----------

## Operación solicitada

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> pagaré \$               | <input type="checkbox"/> crédito en cuotas en UF                | <input type="checkbox"/> préstamo a exportadores                 |
| <input type="checkbox"/> pagaré UF               | <input type="checkbox"/> línea de crédito en cuenta corriente   | <input type="checkbox"/> carta de crédito de importación         |
| <input type="checkbox"/> crédito en cuotas en \$ | <input type="checkbox"/> línea de sobregiro en cuenta corriente | <input type="checkbox"/> préstamo en \$ con reajustabilidad US\$ |

## Tipo abono

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> cuenta corriente |
| <input type="checkbox"/> vale vista       |
| <input type="checkbox"/> otro             |

## Operación

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> nueva                 |
| <input type="checkbox"/> renovación o prórroga |

por un monto de ..... vencimiento a ..... días  
 tasa ..... % garantía .....  
 período ..... destino del crédito .....

Faculto(amos) al Sr. Notario para que autorice la(s) firma(s) en el (los) documento(s) que formaliza(n) esta operación. Acepto(amos) que los impuestos que afecten a esta operación serán de mi (nuestro) cargo y me(nos) comprometo(emos) a pagar los intereses e impuestos según lo detallado anteriormente. Por la presente autorizo(amos) a debitar mi (nuestra) Cuenta Corriente por el valor de la operación y/o intereses y/o impuestos y/u otros gastos que demande esta operación.

Firma persona natural .....

**POR FAVOR FIRMAR Declaración de Salud** al reverso.

## Persona jurídica

..... <b>firma apoderado 1</b>	..... <b>firma apoderado 2</b>
-----------------------------------	-----------------------------------

Nombre	Nombre
R.U.T.	R.U.T.

## Sólo uso del Banco

Cuenta corriente	vcto.	aa	mm	dd	monto	N° cliente	N° operación
------------------	-------	----	----	----	-------	------------	--------------

Esta operación requiere aprobación de:

- |                                    |                                 |                             |                             |                             |
|------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ejecutivo | <input type="checkbox"/> E.U.N. | <input type="checkbox"/> GA | <input type="checkbox"/> GR | <input type="checkbox"/> GG |
|------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|

Comentarios

## Declaración de Salud

Declaro estar en buen estado de salud y no sufrir ninguna de las siguientes enfermedades: diabetes, cáncer o tumores de cualquier naturaleza, trastornos mentales o del sistema nervioso, enfermedades cardiovasculares, broncopulmonares o genitourinarias, cirrosis o cualquier enfermedad grave que no se aluda en esta declaración.

En caso de haber padecido o padecer alguna de las enfermedades anteriores u otra, favor indicar:

<u>Fecha</u>	<u>Diagnóstico</u>	<u>Tratamiento</u>	<u>Fecha de alta</u>	<u>Nombre médico</u>	<u>Especialidad</u>
--------------	--------------------	--------------------	----------------------	----------------------	---------------------

---

---

---

---

**Declaro conocer que la falsedad en esta declaración de salud, implica la nulidad de mi póliza de seguro.**

La presente solicitud, al ser aceptada por la Compañía, formará parte integrante y complementaria de la póliza que se emite en base a las declaraciones que contiene, y de las pólizas generales que se emitan en virtud del convenio de seguros suscrito por la Compañía de seguros.

---

**Lugar y Fecha**

---

**Firma del Solicitante**