

TENGA EN CUENTA

- Diligencie por completo con letra clara y sin enmendaduras.
- Registre nombres y apellidos como aparecen en el documento de identidad.
- Marque solo una opción en los campos de escogencia.
- No incluya en sus egresos mensuales el valor de la cuota que pagaría a LEGALMED

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
TIPO DE DOCUMENTO <input type="checkbox"/> C.C <input type="checkbox"/> C.E		N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		LUGAR DE EXPEDICIÓN		FECHA DE EXPEDICIÓN DD MM AAAA	
FECHA DE NACIMIENTO DD MM AAAA		LUGAR DE NACIMIENTO		NIVEL EDUCATIVO Primaria <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/> Tecnología <input type="checkbox"/> Post-Grado <input type="checkbox"/>		PROFESIÓN/OCUPACIÓN	
SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		ESTADO CIVIL Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/>		NIVEL EDUCATIVO		PROFESIÓN/OCUPACIÓN	
N° DE PERSONAS A CARGO		N° DE HIJOS		TIPO DE VIVIENDA Propia <input type="checkbox"/> Arrendada <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/>		NOMBRE DEL ARRENDADOR	
TELÉFONO DEL ARRENDADOR		DIRECCIÓN DE RESIDENCIA (especifique N° casa o apartamento)		BARRIO/CIUDAD		TEL RESIDENCIA	
CELULAR		E-MAIL		ENVIÓ DE CORRESPONDENCIA Residencia <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>		DIRECCIÓN Especifique cuál	
BARRIO/CIUDAD		TELÉFONO					

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE

PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
TIPO DE DOCUMENTO <input type="checkbox"/> C.C <input type="checkbox"/> C.E		N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		TIPO DE ACTIVIDAD Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Ama de Casa <input type="checkbox"/> Empresario(a) <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Rentista de Capital <input type="checkbox"/>			
CELULAR		EMPRESA DONDE LABORA		CARGO		INGRESOS MENSUALES	

ACTIVIDAD ECONÓMICA

TIPO DE ACTIVIDAD ECONÓMICA Empleado(a) <input type="checkbox"/> Tendero <input type="checkbox"/> Empresario(a) <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Pensionado(a) <input type="checkbox"/> Rentista de Capital <input type="checkbox"/>		Transportador(a) <input type="checkbox"/> Ganadero(a) <input type="checkbox"/> Administrador(a) <input type="checkbox"/> Comerciante <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>		¿Cuál?							
NOMBRE DE LA EMPRESA		DIRECCIÓN TRABAJO		BARRIO/CIUDAD		TELÉFONO		EXT		FAX	
DEPENDENCIA/ÁREA		CARGO		TIPO DE CONTRATO Indefinido <input type="checkbox"/> Término fijo <input type="checkbox"/> Asociado <input type="checkbox"/> Obra o labor <input type="checkbox"/>		Empleado Oficial <input type="checkbox"/> Por servicios <input type="checkbox"/>		FECHA DE VINCULACIÓN DD MM AAAA			

RELACIÓN DE INGRESOS Y EGRESOS

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		INFORMACIÓN DEL CRÉDITO SOLICITADO					
1. SALARIO BÁSICO Y/O COMISIONES		1. PRÉSTAMO VIVIENDA		PROCEDIMIENTO QUE SE REALIZA (Puede seleccionar más de uno)					
2. COMISIONES		2. PRÉSTAMO VEHÍCULO U OTROS		Mamoplastia de Aumento <input type="checkbox"/> Mastopexia <input type="checkbox"/> Mentoplastia <input type="checkbox"/> Ritidoplastia <input type="checkbox"/>					
3. ARRENDAMIENTOS		3. TARJETA DE CRÉDITO		Mamoplastia de Reducción <input type="checkbox"/> Lipomoldeamiento <input type="checkbox"/> Blefaroplastia <input type="checkbox"/> Rinoplastia <input type="checkbox"/>					
4. OTROS		4. ARRIENDO		Implantes Gluteos <input type="checkbox"/> Abdominoplastia <input type="checkbox"/> Otoplastia <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>					
¿CUÁLES?		5. GASTOS FAMILIARES Y/O OTROS		¿Cuál? _____					
TOTAL INGRESOS		TOTAL EGRESOS		VALOR COTIZADO		N° DE CUOTAS			
				VALOR FINANCIAR		FECHA CIRUGÍA		DD MM AAAA	

RELACIÓN DE ACTIVOS

BIENES RAICES	TIPO Local <input type="checkbox"/> Lote <input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Finca <input type="checkbox"/>		DIRECCIÓN DEL BIEN		BARRIO	
	CIUDAD		VALOR COMERCIAL		HIPOTECA A FAVOR DE	
VEHÍCULO	TIPO Particular <input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> Moto <input type="checkbox"/>		PLACA		TRÁNSITO DE	
	MODELO		VALOR COMERCIAL		PRENDA A FAVOR DE	
OTROS	¿CUÁLES?					

REFERENCIAS FAMILIARES

(Que no viva con usted)	1. NOMBRES Y APELLIDOS		PARENTEZCO	
	TELÉFONO DE RESIDENCIA		TELÉFONO DE OFICINA	
	2. NOMBRES Y APELLIDOS		PARENTEZCO	
	TELÉFONO DE RESIDENCIA		TELÉFONO DE OFICINA	

REFERENCIAS PERSONALES

(Que no viva con usted)	1. NOMBRES Y APELLIDOS		PARENTEZCO	
	TEL RESIDENCIA		TELÉFONO DE OFICINA	
	2. NOMBRES Y APELLIDOS		PARENTEZCO	
	TEL DE RESIDENCIA		TELÉFONO DE OFICINA	

REQUISITOS GENERALES

- Se debe diligenciar el formato de solicitud de crédito COMPLETO, con firma y huella.
- También se debe diligenciar el manual de instrucciones para llenar el pagaré junto con "el pagaré", estos dos deben ir firmado y notariados por ambos, tanto solicitante como codeudor.
- Fotocopia legible de la cédula de ciudadanía de ambas partes, solicitante y codeudor.
- Cotización del procedimiento o los procedimientos que va a financiar, con firma del asesor correspondiente.
- Tabla de pagos proyectada para el crédito firmada y con huella de ambos, solicitante y codeudor.
- Prueba de que usted posee alguna prenda de valor con lo que pueda respaldar su deuda, ya sea cámara de comercio no menor a un mes, y/o certificado de libertad de propiedad raíz o automóvil.
- Referencias familiares, personales y comerciales de solicitante y codeudor. Tanto las familiares como las personales deben ser distintas para ambos.

INDEPENDIENTES

- Certificado de ingresos elaborado por un contador junto con copia de la tarjeta profesional del mismo.
- Extractos bancarios de los últimos tres (3) meses.
- Copia de la cámara de comercio, o certificado de libertad de propiedad o vehículo.

DEPENDIENTES

- Carta laboral que especifique salario, antigüedad y cargo. Esta debe tener teléfonos de contacto de la empresa y firma de quien elabora.
- Dos últimas colillas de pago que respalden el salario.
- Si posee propiedad, copia del último impuesto predial y/o matrícula de vehículo.

SU CRÉDITO PASO A PASO

1. DILIGENCIE CON LETRA LEGIBLE Y POR COMPLETO LA SOLICITUD DE CRÉDITO.
2. REUNA LA PAPELERÍA REQUERIDA.
3. AUTENTIQUE EN NOTARÍA LA AUTORIZACIÓN, EL PAGARÉ Y LA TABLA DE PAGOS, CON FIRMA Y HUELLA DE TANTO SOLICITANTE COMO CODEUDOR.
4. ENTREGUE LA DOCUMENTACIÓN COMPLETA A SU ASESOR(A) MÍNIMO CINCO (5) DÍAS HÁBILES ANTES DE SU CIRUGÍA.
5. ESPERE LA LLAMADA DE APROBACIÓN EN UN LAPSO DE 24 A 48 HORAS DESPUÉS DE ENTREGADA LA PAPELERÍA COMPLETA.

REGLAMENTO GENERAL CREDIESTÉTICA

1. La recepción de la presente solicitud, no implica compromiso por parte de **LEGALMED** y nos reservamos el derecho de aprobación.
2. Acepto que la información suministrada por **LEGALMED** sobre el otorgamiento del crédito due clara y suficiente. Por esto manifiesto mi conformidad con las condiciones del crédito y el reglamento que rige el mismo.
3. Autorizo de manera permanente e irrevocable a **LEGALMED** para consultar, reportar u obtener de las centrales de información Procrédito, Datacrédito, Cifin y demás entidades autorizadas para tales efectos, la información relacionada con mi comportamiento crediticio, producto de toda clase de operaciones que efectué o haya efectuado co entidades del sector financiero, comercial o con **LEGALMED** y que en general sirvan de referencia o base para el estudio o análisis del crédito solicitado o de futuros créditos. Así mismo, los faculto para verificar mis referencia con todas aquellas entidades o personas que estimen conveniente. Esta autorización comprende el reporte de información referente a la realización de pagos y/u obligaciones y su permanencia hasta que **LEGALMED** o las centrales de información lo consideren necesario.
4. También autorizo voluntaria e irrevocablemente a **LEGALMED** para que envíe mensajes de texto a mi terminal móvil o correos electrónicos, a mi dirección de correspondencia electrónica, incluidos dentro de la solicitud de crédito, relativos a mi obligación crediticia o temas interñes comercial de **LEGALMED** Así mismo, doy fe de que los datos de ambos son verdaderos y de mi pertinencia, y de que me comprometo a actualizarlos a la base de datos de **LEGALMED** en caso de realizar un cambio.
5. Doy constancia de que los datos consignados en la solicitud de crédito son ciertos y autorizo a **LEGALMED** la verificación de los mismos en cualquier momento.
6. Finalmente, me comprometo a pagar el crédito adquirido, independientemente de la satisfacción que haya obtenido con el procedimiento, entendiéndose que **LEGALMED** no se hace responsable de que los resultados de la intervención hayan sido los deseados, ya que ello compete al grupo quirúrgico y a la evolución individual de cada paciente y no al sistema crediticio.

NOMBRE CLIENTE

FIRMA CLIENTE

C.C

DE

HUELLA ÍNDICE
DERECHO CLIENTE