

**Importante:**

El Crédito será otorgado una vez que se hayan aportado todos los antecedentes requeridos y haya sido previamente aprobada la solicitud.

## SOLICITUD DE CRÉDITO SOCIAL

FECHA DE SOLICITUD

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

### ANTECEDENTES DEL SOLICITANTE

RUT		APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES	
TIPO DE AFILIADO <input type="checkbox"/> TRABAJADOR DEPENDIENTE <input type="checkbox"/> PENSIONADO <input type="checkbox"/> TRABAJADOR INDEPENDIENTE						ESTADO CIVIL	
DOMICILIO PARTICULAR (CALLE N°/DEPTO)				VILLA/POBLACIÓN		COMUNA	
TELÉFONO FIJO		N° CELULAR		EMAIL PERSONAL		EMAIL LABORAL	
FECHA DE NACIMIENTO		GÉNERO		NACIONALIDAD		CARGO QUE DESEMPEÑA	
___ / ___ / ____		<input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.		<input type="checkbox"/> CHILENA <input type="checkbox"/> EXTRANJERA			
TIPO VIVIENDA <input type="checkbox"/> PROPIA C/DEUDA <input type="checkbox"/> PROPIA S/DEUDA <input type="checkbox"/> ARRENDADA <input type="checkbox"/> DEL EMPLEADOR <input type="checkbox"/> OTRA						ANTIGÜEDAD EN RESIDENCIA	
NIVEL DE ESTUDIO <input type="checkbox"/> BÁSICA <input type="checkbox"/> MEDIA <input type="checkbox"/> TÉCNICO <input type="checkbox"/> UNIVERSITARIO <input type="checkbox"/> SIN ESTUDIOS				TRABAJA EN OTRA EMPRESA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		NOMBRE EMPRESA	
<b>REFERIDO</b>							
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		TELÉFONO	
						N° CELULAR	
RELACIÓN O PARENTESCO							

### DATOS DEL CRÉDITO SOLICITADO

MONTO SOLICITADO (EN \$)		N° DE CUOTAS SOLICITADAS	
SEGURO DE CESANTÍA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
Conforme a la Circular N° 2052 de la Superintendencia de Seguridad Social, las Cajas deben incorporar al crédito un seguro de desgravamen (que cubra los riesgos de invalidez y muerte). El seguro de cesantía es voluntario.			

### ANTECEDENTES DEL AVAL

RUT AVAL		APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES	
DOMICILIO PARTICULAR (CALLE N°/DEPTO)				VILLA/POBLACIÓN		COMUNA	
						CIUDAD	
TELÉFONO FIJO		N° CELULAR		EMAIL		CARGO QUE OCUPA EN LA EMPRESA	
						ANTIGÜEDAD	
Conforme a la Circular N° 2052 de la Superintendencia de Seguridad Social, las Cajas deben requerir avales para los afiliados activos, pudiendo la Caja no exigirlo conforme al Reglamento de Crédito Social de esta. Respecto a los pensionados no se les puede requerir aval.							

COMPLETAR TRABAJADOR DEPENDIENTE				
ANTECEDENTES DE LA EMPRESA				
RUT DE LA EMPRESA		RAZÓN SOCIAL		RUBRO/ACTIVIDAD ECONÓMICA
DOMICILIO		COMUNA	TELÉFONO	EMAIL
MONTO APROBADO EMPLEADOR (EN \$)		FECHA DE INGRESO DEL SOLICITANTE ____ / ____ / ____	REMUNERACIÓN LÍQUIDA MES ANTERIOR (EN \$)	
TIPO CONTRATO	NOMBRE DE REPRESENTANTE LEGAL O ENCARGADO DE REMUNERACIONES			FECHA CERTIFICACIÓN ____ / ____ / ____
(*) TIPO CONTRATO: (1) Indefinido (2) Plazo Fijo (3) Por Faena (4) Otro				

COMPLETAR PENSIONADO	
ANTECEDENTES ENTIDAD PAGADORA DE PENSIÓN	
RUT ENTIDAD	NOMBRE ENTIDAD
MONTO PENSIÓN LÍQUIDA (EN \$)	
Se debe indicar la pensión líquida del último mes anterior a la solicitud.	

COMPLETAR TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
RENTA		
RENTA (EN \$)	PROFESIÓN	ACTIVIDAD
Se debe indicar la renta imponible por la cual efectuó pago previsional para pensiones y salud en el mes anterior a su solicitud.		

COMPLETAR CRÉDITO MICROEMPRESARIO
AFILIADO QUE REALIZA O FINANZIARÁ ACTIVIDADES DE MICROEMPRESARIO
INGRESO NETO MENSUAL (EN \$)
Se deben indicar los ingresos totales menos los egresos totales.

AUTORIZACIÓN E INSTRUCCIÓN		
Instruyo a la C.C.A.F. La Araucana para depositar a mi nombre todo pago en exceso.		
TIPO DE CUENTA <input type="checkbox"/> CTA. AHORRO <input type="checkbox"/> CTA. CORRIENTE <input type="checkbox"/> CTA. VISTA <input type="checkbox"/> OTRA _____	N° DE CUENTA	NOMBRE DE BANCO
Un pago en exceso corresponde al monto pagado por concepto de Crédito Social que supera la obligación periódica, de uno o más meses, contraída con la C.C.A.F. La Araucana.		

Observaciones
Una vez aprobado el Crédito Social solicitado y puesto el dinero a disposición del solicitante, éste deberá ser retirado dentro de los siguientes 5 días hábiles en que se aprobó el préstamo, de lo contrario se entenderá que el peticionario se desiste del crédito, quedando éste sin efecto.
En este acto declaro recibir los siguientes anexos:
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hoja Resumen del Crédito.</li> <li>- Anexo 1: Información del Crédito o detalle y condiciones.</li> <li>- Anexo 2: Información avalistas, fiadores y codeudores solidarios.</li> <li>- Anexo 3: Información requisitos y procedimientos para acceder a los Servicios de Atención de Clientes.</li> <li>- Anexo 4: Productos y/o servicios contratados simultáneamente con el contrato de Crédito Social.</li> </ul>

CONFORME A LO EXPRESADO EN ESTE DOCUMENTO FIRMAN:	
FIRMA SOLICITANTE	NOMBRE, TIMBRE Y FIRMA ENCARGADO DE REMUNERACIONES O REPRESENTANTE LEGAL
FIRMA AVAL	NOMBRE, TIMBRE Y FIRMA ENCARGADO DE REMUNERACIONES O REPRESENTANTE LEGAL

### **Regulación del Crédito Social**

Los firmantes declaran conocer y aceptar la naturaleza del Crédito Social, especialmente en lo referente al artículo 22 de la Ley N° 18.833 que dispone expresamente que lo adeudado por concepto de Crédito Social, deberá ser deducido de la remuneración o pensión por la entidad empleadora o entidad pagadora de pensión, según corresponda, en relación a lo dispuesto en la Ley N° 19.539 y lo establecido en el artículo 58 del Código del Trabajo. Asimismo, declaro conocer y aceptar que este Crédito Social es considerado como cotización previsional para efectos de su cobro y pago conforme a lo dispuesto en la Ley N° 17.322.

### **Mandato**

No obstante lo anterior, y naturaleza del Crédito Social, por el presente y en el caso que el crédito se autorizare, otorgo mandato expreso a mi actual o futuro empleador y entidades pagadoras de pensión, para que descuenten del pago de mis emolumentos mensuales los dividendos correspondientes a este crédito otorgado por la C.C.A.F La Araucana.

Asimismo, faculto expresamente a mi empleador para que en el evento que por cualquier causa se pusiere término a mi contrato de trabajo, y así lo autorizare expresamente al momento de ratificar mi finiquito, descuenta el total de saldo del capital adeudado, reajustes, intereses y cualquier otro concepto de la indemnización por años de servicio a que tengo derecho, desahucio y/u otros emolumentos a que pudiera tener derecho al término de mi relación laboral.

En caso que el monto adeudado a la C.C.A.F La Araucana, fuese superior a lo que deba recibir al término de la relación laboral, la deducción será por el total, y el prepago se efectuará a la Caja en forma parcial. Dichas cantidades serán puestas a disposición de la institución para prepagar, total o parcialmente, el crédito que me ha otorgado, hasta el monto efectivamente descontado.

La C.C.A.F La Araucana otorga mandato a la empresa para cobrar y percibir valores por cuenta de esta entidad, en los términos antes indicados, no obstante lo dispuesto en el artículo 22 de la Ley N° 18.833 y Ley N° 19.539.

Atendido que los mandatos e instrucciones de que da cuenta el presente instrumento importan tanto al deudor como a la C.C.A.F La Araucana, éstos solo podrán revocarse una vez extinguidas las obligaciones que de él emanen, de conformidad a la Ley N° 19.496 y sus reglamentos. No obstante, cada vez que requiera contraer una nueva obligación deberá suscribir un nuevo mandato de las mismas características al revocado.

La empresa que suscribe acepta el mandato y se obliga a cumplirlo, en forma gratuita.

### **Autorización**

Autorizo expresamente a Caja La Araucana para utilizar los datos personales que proporciono en este acto, para fines estadísticos, promocionales y para consultar sistemas de información en el marco de lo dispuesto en la Ley N° 19.628 y para información y entrega de beneficios sociales que entrega esta entidad.

A su vez, autorizo a la C.C.A.F La Araucana, para que comunique información que verse sobre obligaciones de carácter económico, financiero, bancario o comercial, cuando estos consten en letras de cambio y pagarés protestados, cheques por faltas de fondos, por haber sido girados contra cuenta corriente cerrada o por otra causa.

Asimismo, autorizo a C.C.A.F La Araucana y solo para los efectos de la evaluación de esta solicitud, efectuar el tratamiento de mis datos de carácter personal en cualquier registro o banco de datos en la forma establecida en la normativa legal vigente.

Autorizo a la Caja para compensar créditos, saldos y pagos en exceso que existan a nuestro favor con las obligaciones morosas que tengamos con la entidad.

Autorizo a la Caja para que realice la devolución de los potenciales pagos en excesos mediante el pago efectivo o abono a la cuenta corriente/vista u otra individualizada en la presente solicitud.

Conforme a la normativa que regula el actuar de las Cajas de Compensación los datos personales pueden ser remitidos a la Superintendencia de Seguridad Social, en atención a la facultad de supervigilancia y fiscalización que ejerce sobre estas entidades.

### **Prepago**

El deudor podrá pagar anticipadamente la deuda o efectuar abonos, más los intereses devengados hasta la fecha de pago efectivo, y más una comisión de prepago equivalente a un mes de intereses calculados sobre el capital anticipado, comisión que sólo podrá ser cobrada si el pago anticipado de parte del total de la obligación fuere realizado en forma voluntaria por el deudor.

Declaro prestar mi consentimiento, en conformidad con la Ley N° 19.628 sobre Datos Personales, para que la C.C.A.F La Araucana efectúe el tratamiento de mis datos personales en un sistema cerrado, sin acceso del público, en el que participan únicamente las demás Cajas de Compensación de Asignación Familiar, la Superintendencia de Seguridad Social y la Asociación Gremial de Cajas de Compensación, cuyo único propósito y finalidad es facilitar los procesos de evaluación, seguimiento y recuperación del Crédito Social. Asimismo, declaro conocer que en caso de afiliarme a otra Caja de Compensación, las cuotas impagas del Crédito Social seguirán siendo descontadas de mi remuneración de conformidad a la Ley.

### **Seguro de Desgravamen**

Conforme a la Circular 2052 el Crédito Social debe estar asegurado por un seguro de desgravamen (que cubra los riesgos de invalidez y muerte). Este seguro es cubierto por Seguros de Vida Suramericana S.A.

**CONTROL DE DOCUMENTOS QUE SE DEBEN ADJUNTAR**

<b>TRABAJADOR DEPENDIENTE</b>	En caso de no contar con visación del empleador deberá acompañar un certificado del empleador, cuya firma se encuentre registrada en la Caja, en que conste la vigencia del contrato de trabajo del deudor principal y la antigüedad en el empleo. Si correspondiere, el certificado también deberá dar cuenta de los mismos datos respecto de los avalistas. Este certificado no podrá tener una antigüedad superior a 5 días.
	Tres últimas liquidaciones de remuneraciones del solicitante y del aval donde conste la remuneración líquida, firmadas por el empleador o su representante registrado en la Caja.
	Fotocopia de la cédula de identidad del solicitante y del aval por ambos lados.
	Comprobante de domicilio, conforme a política de crédito vigente de la Caja.
<b>AFILIADO PENSIONADO</b>	Liquidación de pensión del mes anterior a la fecha de solicitud del crédito social donde conste la pensión líquida.
	Fotocopia de la cédula de identidad del solicitante por ambos lados.
	Certificado con el estado de saldo de la deuda emitido por la Caja de ex afiliación, cuando corresponda, cuya vigencia no podrá ser superior a 10 días.
	Comprobante de domicilio, conforme a política de crédito vigente de la Caja.
<b>TRABAJADOR INDEPENDIENTE</b>	Tres últimas declaraciones anuales de impuestos.
	Doce últimos meses de boletas de honorarios.
	Certificado de cotizaciones de los últimos veinticuatro meses.
	Comprobante de domicilio, conforme a política de crédito vigente de la Caja.
<b>AFILIADO QUE SOLICITA CRÉDITO COMO MICROEMPRESARIO</b>	Liquidación de remuneración, renta o pensión del solicitante.
	Fotocopia de la cédula de identidad por ambos lados del trabajador o pensionado afiliado que solicita el crédito para financiar una actividad de microempresario.
<b>AFILIADO QUE SOLICITA CRÉDITO PARA EDUCACIÓN SUPERIOR</b>	Copia del certificado de carrera correspondiente y demás antecedentes establecidos.
	Tres últimas liquidaciones de remuneración o pensión del solicitante y/o de su aval, según corresponda. En el caso de los trabajadores independientes, la renta imponible por la cual efectuó pago previsional para pensiones y salud en el mes anterior a su solicitud, tres últimas declaraciones anuales de impuestos, doce últimos meses de boletas de honorarios y certificado de cotizaciones de los últimos veinticuatro meses.
	Fotocopia de la cédula de identidad por ambos lados del trabajador o pensionado afiliado que solicita el crédito para financiar estudios de educación superior.

**DATOS DEL EJECUTIVO EVALUADOR**

RUT	NOMBRE Y APELLIDO

**DATOS DEL CRÉDITO CURSADO**

TIPO DE PRODUCTO	DESTINO DEL CRÉDITO	FECHA OTORGAMIENTO ___ / ___ / ____
MONTO APROBADO (EN \$)	N° CUOTAS APROBADAS	PRIMER VENCIMIENTO ___ / ___ / ____
DESCUENTO CRÉDITO ANTERIOR		TIMBRE Y FIRMA DEL EVALUADOR
DESDE (MM/AA) ___ / ____	SUCURSAL DE OTORGAMIENTO	