



SOLICITUD DE CRÉDITO

Código: FBY.ER.001
 Versión No.: 1
 Fecha Aprobación: 30/04/2014

FECHA DE LA SOLICITUD

DIA	MES	AÑO
-----	-----	-----

 CIUDAD _____

Valor solicitado \$ _____ Plazo _____ meses

Valor en letras _____

Abonos extras SI NO FECHA

DIA	MES	AÑO
-----	-----	-----

 VALOR \$ _____

Recoge créditos SI NO No. Créditos _____ Todos

LÍNEAS DE CRÉDITO

LIBRE INVERSIÓN AFILIATE YA
 EDUCACIÓN VEHICULO OTRO ¿CUAL? _____

DATOS DEL DEUDOR

PRIMER APELLIDO _____ SEGUNDO APELLIDO _____ NOMBRES _____

CÉDULA DE CIUDADANÍA _____ CIUDAD _____ FECHA DE NACIMIENTO

DIA	MES	AÑO
-----	-----	-----

 ESTADO CIVIL: SOLTERO CASADO
 UNIÓN LIBRE: SEPARADO VIUDO

EMPRESA EN QUE LABORA _____ FECHA DE INGRESO

DIA	MES	AÑO
-----	-----	-----

 INGRESO MENSUAL \$ _____

TELÉFONO OFICINA _____ EXTENSIÓN _____ ÁREA EN QUE LABORA _____

CONTRATO INDEFINIDO FIJO PENSIONADO OTRO CUAL? _____ CODIGO DE NOMINA _____

CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL _____ CORREO ELECTRÓNICO LABORAL _____

DIRECCIÓN RESIDENCIA / CIUDAD _____ TELÉFONO RESIDENCIA _____ TELÉFONO CELULAR _____

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA FAMILIAR ARRENDADA ESTRATO _____ VEHICULO: MARCA _____ LINEA _____ MODELO _____

REFERENCIA PERSONAL TELÉFONO _____ REFERENCIA FAMILIAR TELÉFONO _____

DATOS DEL CODEUDOR

PRIMER APELLIDO _____ SEGUNDO APELLIDO _____ NOMBRES _____

CÉDULA DE CIUDADANÍA _____ CIUDAD _____ FECHA DE NACIMIENTO

DIA	MES	AÑO
-----	-----	-----

 CORREO ELECTRÓNICO _____

EMPRESA EN QUE LABORA _____ FECHA DE INGRESO

DIA	MES	AÑO
-----	-----	-----

 INGRESO MENSUAL \$ _____

CONTRATO INDEFINIDO FIJO PENSIONADO OTRO CUAL? _____ CODIGO DE NOMINA _____

DIRECCIÓN RESIDENCIA / CIUDAD _____ TELÉFONO RESIDENCIA _____ TELÉFONO CELULAR _____

DATOS DEL CODEUDOR

PRIMER APELLIDO _____ SEGUNDO APELLIDO _____ NOMBRES _____

CÉDULA DE CIUDADANÍA _____ CIUDAD _____ FECHA DE NACIMIENTO

DIA	MES	AÑO
-----	-----	-----

 CORREO ELECTRÓNICO _____

EMPRESA EN QUE LABORA _____ FECHA DE INGRESO

DIA	MES	AÑO
-----	-----	-----

 INGRESO MENSUAL \$ _____

CONTRATO INDEFINIDO FIJO PENSIONADO OTRO CUAL? _____ CODIGO DE NOMINA _____

DIRECCIÓN RESIDENCIA / CIUDAD _____ TELÉFONO RESIDENCIA _____ TELÉFONO CELULAR _____

De ser aceptada la presente solicitud de crédito, autorizo (amos) a mi (nuestro) empleador actual o al futuro, que adquiera las obligaciones patronales de este por fusión, transformación, escisión etc, para que descuenta mensualmente de mi (nuestro) salario y demás derechos económicos que resulten a mi (nuestro) favor y transfiera al Fondo de Empleados Bayer - Febay o la entidad que en el futuro represente sus derechos, las sumas de dinero que adeude (emos) a este por concepto del crédito acá solicitado, junto con sus intereses de plazo y mora, seguros, cuotas y sanciones, en los montos, condiciones y oportunidades que informe "Febay". Los codeudores autorizamos expresamente a Febay para que en caso de incumplimiento en el pago del crédito acá solicitado por parte del deudor, transfiera el saldo a nuestras cuentas y solicite a nuestro empleados o pagador los descuentos a que haya lugar los cuales autorizamos también. En el evento de no verificarse los descuentos acá autorizados, me (nos) obligo(amos) a realizar oportunamente los pagos de las obligaciones a mi (nuestro) cargo en sus oficinas o mediante la consignación en la forma que se me (nos) indique.

Para los efectos anteriores declaro(mos) que me (nos) comprometo(emos) a cumplir estrictamente las disposiciones estatutarias y reglamentarias del FONDO DE EMPLEADOS BAYER, así como los mandatos de sus órganos de administración y vigilancia.

Por medio de la presente solicitud autorizo a La empresa que genera el vínculo común de asociación, para que en caso de ser aprobada esta solicitud me sean retenidos y cancelados a favor del FONDO DE EMPLEADOS BAYER -FEBAY- los saldos pendientes de pagar del presente préstamo, esto en caso de ser cancelado mi contrato de trabajo.

En mi(nuestra) calidad de titular(es) de información, actuando libre y voluntariamente, autorizo(amos) de manera expresa e irrevocable a Febay, o a quien represente sus derechos a consultar, solicitar, suministrar, reportar y divulgar toda la información que se refiera a mi (nuestro) comportamiento crediticio, financiero, comercial, de servicios y de terceros países de la misma naturaleza, a cualquiera de las centrales de riesgo existentes al momento del reporte o consulta. Esta autorización no se limita a la obligación que surja como consecuencia de la aprobación y desembolso del crédito ahora solicitado, sino que cubre todas las obligaciones pasadas, presentes y futuras en que intervenga(mos) como deudor(es) de Febay o quien represente sus derechos. Así mismo autorizo (amos) a la central de riesgo a que en su calidad de operador, ponga mi (nuestra) información a disposición de otros operadores nacionales o extranjeros, en los términos que establece la ley, siempre y cuando su objeto sea similar al aquí establecido.

Firma Deudor C.C.	Firma Codeudor C.C.	Firma Codeudor C.C.
Índice derecho	Índice derecho	Índice derecho



DIA	MES	AÑO
-----	-----	-----

FORMATO DE INFORMACION PARA DESEMBOLSO DEL CREDITO

Autorizo efectuar el desembolso de mi crédito a nombre de los siguientes beneficiarios:

- **Primer Beneficiario**

CEDULA/ NIT _____ NOMBRE _____

BANCO _____ NUMERO DE CTA _____

AHORROS CORRIENTE VALOR A GIRAR \$ _____

- **Segundo Beneficiario**

CEDULA/ NIT _____ NOMBRE _____

BANCO _____ NUMERO DE CTA _____

AHORROS CORRIENTE VALOR A GIRAR \$ _____

OBSERVACIONES: _____

Cordialmente,

Firma _____

c.c. _____ de _____

SOLICITUD PARA SEGURO DE VIDA GRUPO

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

suramericana



INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA (ESPACIO EXCLUSIVO PARA ASESOR Y/O GESTOR)

Ofc. Radicación	Póliza No.	Fecha Inicio de Vigencia	Fecha Fin de Vigencia	Número Solicitud
-----------------	------------	--------------------------	-----------------------	------------------

Plan Vida Integral Contributivo
 Plan Vida Integral No Contributivo
 Plan Vida Clásico Contributivo
 Plan Vida Clásico No Contributivo
 Plan Vida Deudores
 Plan Vida Familiar

Póliza Nueva
 Ingreso
 Modificación
 Renovación

Porcentaje de crecimiento: SI NO %
 Forma de pago prima: Mensual Trimestral Semestral Anual
 Sistema de ajuste: Anual (Cobro de Ajuste Fin Vigencia) Mensual (Cobro de Ajuste en el Mes)

INFORMACIÓN DE INTERMEDIACIÓN (ESPACIO EXCLUSIVO PARA ASESOR Y/O GESTOR)

Asesores que participan en el seguro. Indique los datos del Líder: Razón Social o Nombre del Asesor | Código Asesor | % Participación | Otro Asesor que participe en el seguro. Indique Razón Social o Nombre del Asesor | Código Asesor | % Participación
 (Primero Nombres, luego Apellidos) (Primero Nombres, luego Apellidos)

INFORMACIÓN GESTOR Gestores que participan en el seguro. (Primero Nombres, luego Apellidos) | Código Gestor

INFORMACIÓN DEL TOMADOR

Tipo de Identificación: C.C. C.E. PA. NIT
 Número de Identificación
 Razón Social y/o Nombres y Apellidos (Primero Nombres, luego Apellidos)
 Tipo de Institución: Pública Privada

Dirección Correspondencia
 Ciudad / Departamento
 Correo Electrónico
 Teléfono (sin indicativo)

INFORMACIÓN DEL AFILIADO PRINCIPAL

Tipo de Identificación: C.C. C.E. PA.
 Número de Identificación
 Nombres y Apellidos del Asegurado Principal (Primero Nombres, luego Apellidos)
 Sexo: F M
 Fecha de Nacimiento: AAAA MM DD

Peso (Kg)
 Estatura (en cms)
 Ciudad
 Departamento
 Teléfono (Sin indicativo)
 Celular

Dirección Correspondencia
 Correo Electrónico

INFORMACIÓN DEL SEGURO (*El valor asegurado por amparo para el grupo asegurado NO puede ser mayor al valor asegurado del Asegurado Principal).

(** El asegurado principal y su grupo asegurado deben tener los mismos amparos).

Valor Solicitado Amparo de Vida	Amparos Vida Grupo Coberturas	Amparos Adicionales Coberturas
Asegurado Principal \$ _____ Cónyuge \$ _____ Hijos \$ _____ Hermanos \$ _____ Otros \$ _____ Parentesco de otros con el Asegurado Principal _____	<input type="checkbox"/> Incapacidad Total y Permanente <input type="checkbox"/> Indemnización Adicional por Muerte Accidental Valor Asegurado \$ _____ Lesiones con armas <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Enfermedades Graves % _____ <input type="checkbox"/> Bono para Gastos Funerarios (pago único) Valor Asegurado \$ _____ <input type="checkbox"/> Bono Canasta (pago único) \$ _____ <input type="checkbox"/> Incapacidad Permanente Parcial (< 50% de Vida, máximo \$250.000.000)	Accidentes Personales <input type="checkbox"/> Muerte Accidental Valor asegurado \$ _____ <input type="checkbox"/> Invalidez Accidental Lesiones con armas <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Renta <input type="checkbox"/> Renta Diaria por Hospitalización Valor asegurado \$ _____ Tipo de Renta <input type="checkbox"/> cerrada <input type="checkbox"/> abierta EPS _____ Renta adicional por Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

VALOR PRIMA (según forma de pago pactada) \$ _____

INFORMACIÓN DE OTROS ASEGURADOS

Tipo de Identificación	Número de Identificación	Nombres y Apellidos (Primero Nombres, luego Apellidos)	Parentesco con el Empleado	Fecha Nacimiento AAAA MM DD	Sexo	Peso (Kg)	Estatura (cms)
1.							
2.							
3.							
4.							

INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS DEL AFILIADO PRINCIPAL (*La suma de los porcentajes debe ser igual al 100%)

(**Otros asegurados deben diligenciar el formato específico F-02-83-125)

Con derecho a Acrecimiento SI NO

Tipo	Identificación Número	Nombre y Apellidos	%	Parentesco	Tipo	Identificación Número	Nombre y Apellidos	%	Parentesco

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD (Usted o alguno de su grupo asegurado)

1. ¿Tiene(n), ha(n) tenido o le(s) han diagnosticado:

- Enfermedades cardiovasculares
 Infarto del miocardio
 Arritmias
 Hipertensión arterial
 Colesterol (Tratado con medicamentos)
 Triglicéridos altos (Tratados con medicamentos)
 Derrames
 Isquemia o trombosis cerebral
 Epilepsia
 Enfisema (EPOC)
 Bronquitis Crónica
 Cáncer
 Leucemia
 Lupus
 Tumores malignos
 SIDA o VIH positivo
 Insuficiencia Renal
 Esclerosis múltiple
 Artritis reumatoidea
 Diabetes
 Pancreatitis
 Hepatitis B o C
 Cirrosis
 Retardo mental
 Transtornos psiquiátricos
 Colitis
 Hipertiroidismo
 Parálisis
 Deformidades corporales
 Ceguera
 Sordera total o parcial
 Hemia de columna
 Pérdida funcional o anatómica
 Otra Enfermedad, ¿Cuál? _____
 Consume Actualmente drogas estimulantes
 Ha estado en tratamiento para: Alcoholismo Drogadicción

En caso que usted o alguno de los asegurados hayan contestado positivamente a la pregunta anterior deben diligenciar la siguiente información: SI NO

No. de identificación del Asegurado	Nombre del Médico tratante	Nombre de la Institución Médica	EPS	Enfermedad / Especificar Padecimiento

2. ¿Ha(n) estado incapacitado(s) u hospitalizado(s) en el último año por más de 60 días, en la actualidad se encuentra(n) en algún tratamiento o estudio médico o sabe(n) si será(n) hospitalizado(s) o intervenido(s) quirúrgicamente? SI NO
 En caso que usted o alguno de los asegurados hayan contestado positivamente a la pregunta anterior deben diligenciar la siguiente información:

No. de identificación del Asegurado	Nombre del Médico tratante	Nombre de la Institución Médica	EPS	Enfermedad / Especificar Padecimiento

3. ¿A alguno de sus hermanos(as), padre o madre les han diagnosticado algunos de los siguientes padecimientos antes de los 50 años de edad: Cáncer de colon, Cáncer de recto, Cáncer de mama? SI NO
 En caso que usted o alguno de los asegurados hayan contestado positivamente a la pregunta anterior deben diligenciar la siguiente información:

No. de identificación del Asegurado	Parentesco	Enfermedad / Tipo de cáncer	Edad diagnóstica	No. de identificación del Asegurado	Parentesco	Enfermedad / Tipo de cáncer	Edad diagnóstica
1.				2.			

4. Alguno de los solicitantes practica como profesional o aficionado, ocasional o regularmente actividades tales como:

- Piloto de aeronaves Vuelo en cometa Paracaidismo Boxeo Montañismo Vuelo en ultralivianos Planeadores Cometas y/o similares
 Toreo Automovilismo Motociclismo Bungee Jumping Puenting Rafting Downhill Buceo
 Otros deportes denominados de alto riesgo y/o extremos SI NO

En caso que usted o alguno de los asegurados hayan contestado positivamente a la pregunta anterior deben diligenciar la siguiente información:

Número de identificación del Asegurado	Especificar Actividad	Frecuencia	Número de identificación del Asegurado	Especificar Actividad	Frecuencia
1.			3.		
2.			4.		

Observaciones

CLÁUSULA DE GARANTÍA

El seguro entrará en vigor cuando en virtud de la aprobación y evaluación de esta solicitud y de los documentos requeridos SURAMERICANA acepte el riesgo. Declaro(amos) que gozamos de buena salud y que la información que suministro(amos) en este documento solicitud de seguro de vida es cierta. Que mi(nuestra) ocupación está permitida por la ley y no ejerzamos actividades ilícitas ni de alto riesgo. Acepto(amos) que esta declaración sea parte integrante del contrato de seguro y que SURAMERICANA no asume responsabilidad alguna sino mediante la expedición de la póliza o certificación expresa de cobertura.

AUTORIZACIÓN PARA SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA Y OTROS: En cumplimiento de la normatividad vigente, autorizo(amos) a cualquier persona natural o jurídica que haya sido consultada por mí(nosotros) para que suministre a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A., copia de mi(nuestra) historia clínica o de cualquier información que ella considere necesaria para la contratación del presente seguro o para la atención de cualquier reclamación que afecte cualquiera de los amparos del mismo.

Autorizo(amos) a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A para intercambiar información con fines estadísticos entre las Compañías aseguradoras o con otra entidad a la que me (nos) encuentre (encontremos) afiliado(s).

Igualmente autorizo(amos) para que consulte y reporte a las centrales de riesgos o cualquier otra entidad autorizada, nuestra información confidencial, que resulte de las operaciones que llevamos a cabo con la póliza y de los demás servicios que surjan de esta relación comercial o contrato que declaro(amos) conocer y aceptar en todas sus partes.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO POR MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA: DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1152 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO, EL NO PAGO DE LAS PRIMAS O DE SUS FRACCIONES DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA FECHA DE CADA VENCIMIENTO PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO.

CERTIFICACIÓN Y ACEPTACIÓN DEL TOMADOR

Certifico(amos) que el Asesor me(nos) explicó coberturas y exclusiones del contrato, y la información contenida en la solicitud. Además haber leído, entendido y aceptado los textos incorporados en ésta Solicitud de Seguro

Fecha de diligenciamiento Formato (AAAA/MM/DD) _____

Número Solicitud _____

Firma del Afiliado o Tomador
 Número de Identificación _____

Huella Índice Derecho
 Afiliado o Tomador

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: T: I: Tarjeta de Identidad - C.C.: Cédula de Ciudadanía - C.D.: Carné Diplomático - C.E.: Cédula de Extranjería - PA: Pasaporte - Nit: Número de Identificación Tributaria - PARENTESCO: PR: Progenitor (Padre-Madre) CP: Compañerol(a) Permanente - HI: Hijo - FA: Familia Am: Amigo - AF: Afiliado - SEXO: F: Femenino - M: Masculino - ESTADO CIVIL: S: Soltero - C: Casado - V: Viudo - U: Unión Libre - D: Divorciado.

F-02-83-265 **apotema**

- ASEGURADO -

www.suramericana.com

CARTA DE INSTRUCCIONES

Por medio de la presente, autorizo, expresa e irrevocablemente al **FONDO DE EMPLEADOS BAYER "FEBAY"**, de conformidad con lo señalado por el artículo 622 del Código de Comercio, para llenar el pagaré, otorgado en su favor en los espacios dejados en blanco, correspondientes a ciudad de emisión, fecha de emisión y valor de las obligaciones a mi cargo.

El pagaré será llenado por el **FONDO DE EMPLEADOS BAYER "FEBAY"**, sin previo aviso y de acuerdo con las siguientes instrucciones:

- a) El título podrá ser llenado en cualquier momento cuando existan una o más obligaciones vencidas a mi (nuestro) cargo, o a cargo de _____, sin importar si éstos se han adquirido conjunta o individualmente.
- b) La fecha de vencimiento y la de emisión será aquella en la cual el **FONDO DE EMPLEADOS BAYER "FEBAY"** llene el título y serán exigibles inmediatamente, todas las obligaciones contenidas en él, sin necesidad de que se me requiera judicial o extrajudicialmente, para su cumplimiento.
- c) El capital será el total de las sumas que debamos al **FONDO DE EMPLEADOS "FEBAY"**. En la fecha en la cual se diligencie el pagaré cualquiera que sea su naturaleza o fuente.
- d) La tasa a la cual se liquidarán los intereses de mora será la máxima permitida por las disposiciones vigentes al día que se diligencie el título.
- e) Que el pagaré así llenado presta mérito ejecutivo, pudiendo el **FONDO DE EMPLEADOS "FEBAY"** exigir su cancelación por vía judicial, sin perjuicio de las demás acciones que pueda tener.
- f) Que las presentes instrucciones las imparto (imos) de conformidad con lo dispuesto en el artículo 622 del Código de Comercio y para todos los efectos allí previstos.

Para constancia firmamos en la ciudad de _____ al los _____ () días del mes de _____ del año de _____ ()

FIRMA DEL OTORGANTE

NOMBRE
CODIGO
C. C. No
DIRECCIÓN
TELEFONO

FIRMA CODEUDOR (1)

NOMBRE
CODIGO
C. C. No.
DIRECCIÓN
TELEFONO

FIRMA CODEUDOR (2)

NOMBRE
CODIGO
C. C. No.
DIRECCION
TELEFONO

OTORGANTE: _____

PAGARE No _____

VALOR: \$ _____

VENCIMIENTO: _____

Yo, (nosotros) _____
_____ mayor(es) de edad, identificado(s) con Cédula de
Ciudadanía número _____ expedida en
_____, _____ domiciliados
y residentes en la ciudad de _____,
_____ actuando en nombre propio, manifestamos:

PRIMERO: Que me(nos) obligo(obligamos) solidaria e incondicionalmente a pagar a la presentación del presente pagaré, es decir, a la vista, y a favor de el **FONDO DE EMPLEADOS BAYER "FEBAY"** entidad debidamente constituida, a su orden o a quien represente sus derechos, la suma de _____
(\$ _____ MCTE.). igualmente me (nos) obligo (obligamos) a pagar de la misma manera establecida, la suma de _____
(\$ _____) por concepto de intereses causados y pendientes de pago hasta la fecha en que se llene este pagaré en sus espacios en blanco.

SEGUNDO: Que desde ahora, acepto (amos) y autorizo (amos) expresamente a el **FONDO DE EMPLEADOS BAYER "FEBAY"**, para hacer exigible el presente pagaré, junto con sus correspondientes intereses y accesorios, dando por extinguido e insubsistente el plazo de las obligaciones con el garantizadas y exigir el pago de la totalidad de la deuda en los siguientes casos: a) por incumplimiento o violación de cualquiera de las obligaciones contraídas en el presente documento; b) En caso de mora en el pago de cualquiera de los compromisos adquiridos para con **el FONDO DE EMPLEADOS BAYER "FEBAY"**, c) en caso de que el (los) otorgante(s) del presente titulo fuésemos demandados judicialmente, conjunta o separadamente, o se embarguen nuestros bienes o se inicien contra cualquiera de nosotros procesos concursarles de cualquier naturaleza, sea cual fuere la persona que ejecute la acción o la clase misma de acción que se intente. d) En el evento de terminación del contrato de trabajo existente con **LAS EMPRESAS BAYER S. A., BAYER CROPSCIENCE O SYMRISE LTDA.**, cualquiera fuese su causa.

TERCERO: En casos de necesidad de acción judicial o extrajudicial para el recaudo de la obligación adquirida, pagare(mos) todos los gastos, impuestos, costas, honorarios de abogado y en general todos aquellos gastos en que deba incurrir **el FONDO DE EMPLEADOS BAYER "FEBAY"**, por el incumplimiento de las obligaciones aquí pactadas. Así como el gasto del impuesto de timbre.

CUARTO: En caso de mora en el pago de la obligación aquí contenida, pagare(mos) intereses de mora liquidados a la tasa máxima permitida por la ley a esa fecha, sin exceder en ningún caso el limite de usura fijado sobre el valor indicado en artículo primero.

QUINTO. Declaramos expresamente excusado el protesto y el aviso de rechazo que pudiere presentarse eventualmente con respecto a este pagare.
Para constancia se suscribe en la ciudad de _____ a los
_____ () días del mes de _____, del año _____.

FIRMA DEL OTORGANTE
NOMBRE
CODIGO
C. C. No
DIRECCIÓN
TELEFONO

FIRMA CODEUDOR (1)
NOMBRE
CODIGO
C. C. No
DIRECCIÓN
TELEFONO

FIRMA CODEUDOR (2)
NOMBRE
CODIGO
C. C. No
DIRECCION
TELEFONO



**Fondo de Empleados Bayer
FEBAY**

Fecha: _____

SEÑORES

ASUNTO: Crédito _____ No. _____

Yo, _____, mayor de edad, identificado con aparece al pie de mi firma, autorizo expresa e irrevocablemente para que de mi salario, bonificaciones, prestaciones sociales, o de cualquier suma de dinero que se vaya generando a mi favor, me sean descontados en _____ cuotas mensuales por valor de \$ _____ para el pago del crédito que soy deudor ante el **FONDO DE EMPLEADOS BAYER** aún en el evento de encontrarme disfrutando de vacaciones o licencias.

Igualmente autorizo expresa e irrevocablemente a _____ para que las sumas descontadas mensualmente en los términos aquí establecidos sean giradas y entregadas en forma mensual a **FONDO DE EMPLEADOS BAYER** dentro del término fijado para tal efecto, amortizando de esta forma el crédito que me fue concedido. Si mi empleador no descuenta y no paga al **FONDO DE EMPLEADOS BAYER** el valor de las cuotas mensuales del respectivo crédito, no quedo exonerado de la responsabilidad de pagar la cuota mensual y eventuales de mora.

También autorizo a _____ a descontar de mi salario, sueldo, bonificaciones, prestaciones sociales e indemnizaciones a que tengo derecho, las cuotas que se estén adeudando si se llegare a terminar mi contrato de trabajo por cualquier causa.

Declaro que conozco el reglamento del crédito otorgado y su aceptación para lo cual me acojo a ellos incluso asumiendo que la empresa solo es un canal de pago.

Atentamente,

C.C.
