FCPCJCSSB

# FCPC DE JUBILACIÓN Y CESANTÍA DE LOS SERVIDORES DE LA SUPERINTENDENCIA DE BANCOS

## SOLICITUD DE PRÉSTAMO QUIROGRAFARIO

| MODALIDAD DEL CRÉDITO: | | OFICINA DE ATENCIÓN | |
|---|---|---|---|
| **Consumo Ordinario:** | [ ] Original [ ] Novado | [ ] Quito | [ ] Guayaquil |
| **Consumo Especial:** | [ ] Original [ ] Novado | [ ] Cuenca | [ ] Portoviejo |

## 1. DATOS DEL PARTÍCIPE Y CÓNYUGE

**Nombres y Apellidos Completos del Partícipe:** _____ **Cédula No.:** _____

**Nombres y Apellidos Completos del Cónyuge:** _____ **Cédula Cónyuge:** _____

**Estado Civil:** _____ **Disolución Soc. Conyugal:** [ ] SÍ [ ] NO

**Género:** [ ] MASCULINO [ ] FEMENINO **CARGAS FAMILIARES:** _____

**Dirección Domiciliaria (Provincia, Cantón, Parroquia, Calle Principal, Nro., Intersección, Sector/Conjunto, Depto.):**

_____

_____

**Teléfono Domicilio:** _____ **Teléfono Celular:** _____

**Lugar y Fecha Nacimiento:** _____ **Edad:** _____ **(Años/Meses)**

**Correo Electrónico:** _____

**Lugar de Trabajo / Dirección / Unidad:** _____

**Cargo que Ocupa:** _____ **Teléfono Directo / Ext.:** _____

**Fecha Ingreso SB:** _____ **Tiempo Servicio SB:** _____

**R.M.U.: US $** _____ **Patrimonio: US $** _____ **Origen de Ingresos:** _____

## 2. CONDICIONES DEL CRÉDITO

**Valor Solicitado: US $** _____ **Plazo (Meses):** _____

**Destino del Crédito:** _____ **Fecha Última Renovación:** _____

## 3. DATOS PARA TRANSFERENCIA BANCARIA

**Banco:** _____ **Tipo de Cuenta: [ ] Ahorros [ ] Corriente**

**Número de Cuenta:** _____

## 4. AUTORIZACIÓN EXPRESA Y OBLIGATORIA PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y CREDITICIOS

De conformidad con la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales (LOPDP) de la República del Ecuador, autorizo de manera EXPRESA, LIBRE Y VOLUNTARIA al FCPC DE JUBILACIÓN Y CESANTÍA DE LOS SERVIDORES DE LA SUPERINTENDENCIA DE BANCOS para recopilar, consultar, almacenar, procesar, verificar y transferir mis datos personales, financieros, patrimoniales, laborales y mi historial en Burós de Crédito y Registros Públicos.

**DECLARACIÓN OBLIGATORIA DE ACEPTACIÓN:**

1. Declaro que el otorgamiento del presente crédito está supeditado a la entrega y validación de la presente autorización.
2. Reconozco que no podré alegar desconocimiento o falta de consentimiento sobre el tratamiento de mis datos personales o la consulta de mi historial crediticio.
3. Declaro haber sido informado sobre el ejercicio de mis Derechos ARCO+ (Acceso, Rectificación, Supresión/Cancelación, Oposición y Portabilidad) ante el Fondo.

[ X ] Acepto y Autorizo Expresamente

## 5. FIRMA DE LA SOLICITUD Y DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

De conformidad con el Capítulo V, Art. 82 de la Resolución No. 280-2016-F de la Junta Política de Regulación Monetaria y Financiera, me permito solicitar el presente préstamo quirografario con recursos del Fondo. Declaro que todos los datos consignados son exactos y verdaderos, y asumo el compromiso de pago de las cuotas derivadas del crédito.

_____
**FIRMA DEL PARTÍCIPE SOLICITANTE**
**C.C. No.:** _____

_____
**LUGAR Y FECHA DE SOLICITUD**
**Lugar/Fecha:** _____