CROQUIS UBICACIÓN BIEN



	CROQUIO OBICACION BILIN	Biess Banco del IESS
Nro. Trámite		
Nombre y Apellidos: (Dueño del bien)		
Nro. Teléfono de contacto: (Celular y convencional)		
Provincia:		
Cantón:		
Dirección:		
Grafique con las mejores refere	ncias posibles la ubicación del bien, identifique calles,	avenidas, edificios, etc.
Firma del Cliente Nro. Celular Contacto:		

CARTA DE FIJACIÓN DE PRECIO

(Ciudad)	(día, mes, año)	
Señores BANCO DEL INSTITU Presente	ITO ECUATORIANO DE S	SEGURIDAD SOCIAL
De mi consideración:		
Yo,(Nombres	y apellidos completos)	, con cédula de ciudadanía / identidad
Hipotecario NIP. N° la compraventa del inn	, poi	resente, dentro de mi trámite de Crédito ngo en su conocimiento que el precio de citud de crédito, el cual me encuentro s señor / es
*	(Nombres y Apellidos de el	
es de USD(Escriba el mon	to en números)	(Escriba el monto en letras) dólares de los Estados
Unidos de América).		
se establezca este val de toda responsabilida	or, y eximo al Banco del la ad que pudiere derivarse d ales que pudieran produ	n la cláusula de precio de la compraventa nstituto Ecuatoriano de Seguridad Social, de esta instrucción, asumiendo todas las ucirse de la misma, en vista de que
Atentamente,		
Sr(a) C.C./C.I.	_	



SEGURO DE VIDA COLECTIVA FORMULARIO DE ENROLAMIENTO

FOR-INS-017 versión 22 ago 19

*Llenar con letra imprenta

Apellidos y nombres Fecha de nacimiento	ula Ulá
Fecha de nacimiento Año Mes Día Estado Civil 1. Casado 2. Soltero 3. Divorciado 4. Viudo 5. Otro Dirección particular Calle No. Ciudad Te.	
Fecha de nacimiento Año Mes Día Estado Civil 1. Casado 2. Soltero 3. Divorciado 4. Viudo 5. Otro Dirección particular Calle No. Ciudad Te.	
Año Mes Día Estado Civil 1. Casado 2. Soltero 3. Divorciado 4. Viudo 5. Otro Dirección particular Calle No. Ciudad Te.	léfono
1. Casado 2. Soltero 3. Divorciado 4. Viudo 5. Otro Dirección particular Calle No. Ciudad Te.	léfono
Calle No. Ciudad Te.	léfono
ección B.	léfono
ección B.	
 -,	1010110
1. ¿Ha estado usted bajo observación o recibido tratamiento médico, quirúrgico o ingresado en algún hospital durante los últimos cinco años?	
SI (en caso de ser afirmativo detallar cual)	
2. ¿Tiene en la actualidad o ha padecido alguna enfermedad o pérdida funcional o anatómica, accidentes o enfermedades que impidan desempeñar labor ocupación en los últimos cinco años?	res propias de
SI (en caso de ser afirmativo detallar cual)	
3. ¿Está en la actualidad bajo tratamiento o vigilacia médica, o conoce si será hospitalizado o intervenido quirúrgicamente?	
SI (en caso de ser afirmativo detallar el diagnóstico)	
4. A su leal saber y entender, ¿Se encuentra usted en buen estado de salud y libre de todo impedimento o deformidad física? SI SI	
NO (en caso de ser negativo dar detalles completos)	
ECCIÓN C.	
BENEFICIARIOS:	
Nombre del beneficiario en caso de fallecimiento Teléfono Correo Electrónico Parentesco	% a recibir
CCIÓN D.	
ACELAGION	
ACEPTACIÓN Por este medio autorizo a cualquier médico para que dé todos los datos de su diagnóstico, tratamiento o pronóstico de mi estado de salud y al mismo t	tiemno autori:
Por este medio autorizo a cualquier médico para que dé todos los datos de su diagnóstico, tratamiento o pronóstico de mi estado de salud y al mismo to cualquier hospital, clínica o sanatorio para que dé una copia de sus registros a la compañía de seguros y renuncio a la índole reservada de toda informac	ción, adquirida
Por este medio autorizo a cualquier médico para que dé todos los datos de su diagnóstico, tratamiento o pronóstico de mi estado de salud y al mismo t	ción, adquirida
Por este medio autorizo a cualquier médico para que dé todos los datos de su diagnóstico, tratamiento o pronóstico de mi estado de salud y al mismo t cualquier hospital, clínica o sanatorio para que dé una copia de sus registros a la compañía de seguros y renuncio a la índole reservada de toda informac cualquier fecha o forma, respecto al estado de mi salud en cualquier tiempo; y doy permiso a cualquier persona para que de testimonio de dicho Declaro que la relación con Hispana de Seguros S.A. tiene un propósito lícito y, que todos los bienes asegurados y garantías, así como los montos de prima.	ción, adquirida os asuntos.
Por este medio autorizo a cualquier médico para que dé todos los datos de su diagnóstico, tratamiento o pronóstico de mi estado de salud y al mismo to cualquier hospital, clínica o sanatorio para que dé una copia de sus registros a la compañía de seguros y renuncio a la índole reservada de toda informac cualquier fecha o forma, respecto al estado de mi salud en cualquier tiempo; y doy permiso a cualquier persona para que de testimonio de dicho Declaro que la relación con Hispana de Seguros S.A. tiene un propósito lícito y, que todos los bienes asegurados y garantías, así como los montos de primas son de origen legítimo; y los valores entregados a mi favor serán utilizados para actividades lícitas.	ción, adquirida os asuntos. s que se paga
Por este medio autorizo a cualquier médico para que dé todos los datos de su diagnóstico, tratamiento o pronóstico de mi estado de salud y al mismo t cualquier hospital, clínica o sanatorio para que dé una copia de sus registros a la compañía de seguros y renuncio a la índole reservada de toda informac cualquier fecha o forma, respecto al estado de mi salud en cualquier tiempo; y doy permiso a cualquier persona para que de testimonio de dicho Declaro que la relación con Hispana de Seguros S.A. tiene un propósito lícito y, que todos los bienes asegurados y garantías, así como los montos de prima.	ción, adquirida os asuntos. s que se paga CIAL, por lo cu
Por este medio autorizo a cualquier médico para que dé todos los datos de su diagnóstico, tratamiento o pronóstico de mi estado de salud y al mismo t cualquier hospital, clínica o sanatorio para que dé una copia de sus registros a la compañía de seguros y renuncio a la índole reservada de toda informac cualquier fecha o forma, respecto al estado de mi salud en cualquier tiempo; y doy permiso a cualquier persona para que de testimonio de diche Declaro que la relación con Hispana de Seguros S.A. tiene un propósito lícito y, que todos los bienes asegurados y garantías, así como los montos de primas son de origen legítimo; y los valores entregados a mi favor serán utilizados para actividades lícitas. Autorizo a Hispana de Seguros S.A. para ser incluido en la póliza de seguro a favor del BANCO DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOC	ción, adquirida os asuntos. s que se paga CIAL, por lo cu seguros.
Por este medio autorizo a cualquier médico para que dé todos los datos de su diagnóstico, tratamiento o pronóstico de mi estado de salud y al mismo to cualquier hospital, clínica o sanatorio para que dé una copia de sus registros a la compañía de seguros y renuncio a la índole reservada de toda informac cualquier fecha o forma, respecto al estado de mi salud en cualquier tiempo; y doy permiso a cualquier persona para que de testimonio de dicho Declaro que la relación con Hispana de Seguros S.A. tiene un propósito lícito y, que todos los bienes asegurados y garantías, así como los montos de primas son de origen legítimo; y los valores entregados a mi favor serán utilizados para actividades lícitas. Autorizo a Hispana de Seguros S.A. para ser incluido en la póliza de seguro a favor del BANCO DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOC certifico que las respuestas dadas son completas, correctas y verídicas; si estas declaraciones fueran falsas causará la nulidad del contrato de	ción, adquirida os asuntos. s que se paga CIAL, por lo cu seguros.
Por este medio autorizo a cualquier médico para que dé todos los datos de su diagnóstico, tratamiento o pronóstico de mi estado de salud y al mismo to cualquier hospital, clínica o sanatorio para que dé una copia de sus registros a la compañía de seguros y renuncio a la índole reservada de toda informac cualquier fecha o forma, respecto al estado de mi salud en cualquier tiempo; y doy permiso a cualquier persona para que de testimonio de dicho Declaro que la relación con Hispana de Seguros S.A. tiene un propósito lícito y, que todos los bienes asegurados y garantías, así como los montos de primas son de origen legítimo; y los valores entregados a mi favor serán utilizados para actividades lícitas. Autorizo a Hispana de Seguros S.A. para ser incluido en la póliza de seguro a favor del BANCO DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOC certifico que las respuestas dadas son completas, correctas y verídicas; si estas declaraciones fueran falsas causará la nulidad del contrato de	oión, adquirida os asuntos. s que se paga CIAL, por lo cu seguros.



INFORMACIÓN CONDICIONES DE FINANCIAMIENTO

Datos de Solicitud

Tipo de Producto:

ADQUISICIÓN DE INMUEBLES VARIOS

Información del Producto

- Se considera como ADQUISICIÓN DE OTROS BIENES INMUEBLES, a la oficina, local comercial o consultorio que el afiliado o jubilado adquiere para destinarlo a una actividad comercial o particular.
- El bien inmueble puede ser nueva o usada, encontrarse en condiciones de habitabilidad, reportando un avance de obra de al menos un 95% (noventa y cinco por ciento).
- El bien inmueble debe contar con servicios básicos (luz eléctrica pública, agua potable o cisterna y alcantarillado o pozo séptico).
- Las áreas complementarias como: parqueaderos, bodegas, entre otros, de los inmuebles declarados en propiedad horizontal deben estar construidos, delimitados y numerados de acuerdo a la documentación legal.

FINANCIAMIENTO

- El monto del crédito dependerá de la capacidad de endeudamiento que el cliente registre al momento de generar la solicitud de crédito.
- El monto del crédito que el BIESS no superará el avalúo comercial que el Banco determine luego de efectuar la inspección al bien inmueble, acorde a la siguiente tabla:

Producto Hipotecario	Monto del Crédito	% Financiamiento Avalúo
Adquisición de Otros Bienes Inmuebles	Hasta USD 250.000	Hasta 90%

- El BIESS podrá financiar los gastos que se generen dentro del trámite hipotecario a petición del solicitante y serán incluidos en el monto financiado del crédito verificando que éste no supere el avalúo comercial del bien inmueble.
- El plazo máximo de este tipo de crédito es de 10 (diez) años y dependerá también de la edad del asegurado, siempre y
 cuando, al momento de la generación de la solicitud de crédito el afiliado o jubilado no supere la edad de esperanza de
 vida poblacional (EVP) publicada en forma oficial por el instituto de Estadística y Censos.
- La tasa de interés que se concederá al préstamo hipotecario fluctúa de acuerdo al monto del crédito y plazo solicitado, tomando como referencia la Tasa Activa Efectiva Referencial del Segmento de Vivienda publicada por el Banco Central del Ecuador vigente a la fecha de concesión del préstamo, la misma que será reajustada semestralmente. Ver tarifario

CAPACIDAD DE ENDEUDAMIENTO

- Este tipo de crédito puede ser solicitado por los afiliados al Seguro Social Obligatorio con o sin relación de dependencia
 y los jubilados por vejez, invalidez o discapacidad del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social que cumplan los
 requisitos y condiciones establecidos para el otorgamiento del crédito hipotecario.
- Los ingresos brutos, en caso de jubilado, corresponde a la última pensión cotizada por el IESS y para afiliados, el promedio de los últimos 13 (trece) meses de sueldo reportados al IESS
- Así también, de ser el caso, se considerará como ingreso el último registro de declaración del Impuesto a la Renta correspondiente al campo de renta imponible antes de ingresos por trabajo en relación de dependencia o su equivalente declarado al SRI en el año inmediato anterior al de la solicitud de crédito.



INFORMACIÓN CONDICIONES DE FINANCIAMIENTO

- El o los solicitantes del crédito podrán comprometer hasta el 40% (cuarenta por ciento) de sus ingresos netos, que corresponde a diferencia entre los ingresos brutos y deudas reportadas por el IESS o BIESS por créditos vigentes, deudas reportadas al Sistema de Registro Crediticio por el Buró de Información Crediticia y otras instituciones o personas jurídicas legal o reglamentariamente facultadas.
- Si el monto del crédito solicitado supera los USD 130.000, si el sujeto de crédito es afiliado, se considerará como egreso el aporte personal al IESS que el empleador descuenta mensualmente del rol de pagos.

CONSIDERACIONES ESPECIALES

- En atención al Artículo 57 de la Ley Orgánica de Discapacidades, a los afiliados con discapacidad únicamente se les solicitará el 50% (cincuenta por ciento) de las aportaciones acumuladas en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y no se les exigirá como requisito que las aportaciones sean consecutivas.
- Los gastos que demanden el avalúo del inmueble y servicios profesionales del estudio jurídico asignado al proceso hipotecario; así como también, los costos y gastos que demanden la celebración y perfeccionamiento del contrato de mutuo, constitución de hipoteca, pago de tributos, derechos notariales e inscripción en el registro de la propiedad serán de cuenta del/los sujeto(s) del crédito, los cuales podrán ser financiados por el BIESS a petición del/los solicitante(s) con excepción del pago de Impuesto a las Utilidades en la Transferencia de Predios Urbanos y Plusvalía que debe ser asumido por el vendedor, salvo casos de mutuo acuerdo según lo determinado en el Artículo 558 del Código Orgánico de Organización Territorial (COOTAD); en este sentido, el BIESS no financiará este valor al/los solicitante(s) del crédito. Los gastos financiados, de ser el caso, serán incluidos en el monto de crédito financiado verificando que este monto no supere el avalúo comercial del bien inmueble a hipotecar.
- Una vez desembolsados los fondos al vendedor, el BIESS procederá a recaudar la cuota hipotecaria al siguiente mes de efectuado el desembolso, incluido los intereses devengados desde la fecha del desembolso más los seguros contratados.
- La recaudación de la cuota se realizará mediante descuente mensualmente de su sueldo o remuneración, conforme la autorización otorgada por usted al momento de la generación de la solicitud de crédito. Su empleador actuará en calidad de agente de retención, debiendo usted verificar que el valor del dividendo del préstamo hipotecario sea deposite puntualmente en el IESS; en caso que existan dividendos en estado EN PLANILLA que su empleador no haya cancelado, usted no podrá levantar la hipoteca que pesa sobre el bien inmueble, sin perjuicio del ejercicio de cualquier otro tipo de acción a la que el Banco tuviere derecho para dicho cobro.
- El BIESS descontará hasta el 70% (setenta por ciento) de su sueldo o remuneración en el caso que su capacidad de pago disminuyera, se encuentre en mora o si su cónyuge/conviviente dejare de pagar el dividendo hipotecario del préstamo (solidario) realizado.
- En caso que el crédito registre cuotas vencidas, se generaran intereses de mora por el capital pendiente de pago. El BIESS a estos créditos aplicará cargos por servicios financieros de cobranza extrajudicial según el tarifario establecidos por la Junta de Política y Regulación Monetaria y Financiera, estas tarifas pueden ser consultadas en la página web del BIESS.

Declaro que he leído el contenido íntegro sobre la información del tipo de crédito hipotecario seleccion		
Nombre Principal:	Nombre Solidario:	
Cédula:	Cédula:	