

Este formato puede ser diligenciado en línea, por favor click en los campos a llenar, luego puede imprimirlo para enviarlo firmado. Debe ser diligenciado por deudor y codeudor.

	<h1 style="margin: 0;">Solicitud de Crédito</h1>	SC-06-V4 May 22
---	--	-----------------

Señalar con una X : Deudor  Codeudor

**DATOS BASICOS DEL CREDITO**

Ciudad  Fecha    Línea Solicitada  Plazo

Valor Solicitado \$  Valor en Letras

Garantía Ofrecida  Abonos Extraordinarios Así:  Destino del Crédito

Especifique qué créditos recoge en Asobursatil con la presente solicitud

**DATOS BASICOS**

Documento de Identificación  Fecha de Expedición  Lugar de Expedición   
 CC | CE | Otro | No.

Apellido(s)  Nombre(s)

Dirección Residencia  Ciudad  Departamento

Barrio  Estrato  Teléfono Residencia  Celular

Profesión  Correo Electrónico

Vivienda  Valor Mensual del Arriendo  Nombre del Arrendador  Teléfono Arrendador   
 Propia | Arriendo | Familiar

Estado Civil  Número de Personas a Cargo   
 Soltero | Casado | Separado | Viudo | Unión Libre

Nivel Académico   
 Primaria | Bachillerato | Técnico | Tecnólogo | Universitario | Postgrado | Título Obtenido | Ninguno

Actividad Económica:  
 Empleado(a) | Independiente | Pensionado(a) | Estudiante | Otro | Cual ?

Tipo de Contrato  Entidad donde Labora   
 Fijo | Indefinido | Obra y Labor | Prestación de Servicios

Dirección de la Empresa  Cargo  Ciudad  Teléfono  Extensión

Correo Electrónico de la Empresa  Fecha de Ingreso    Vencimiento del Contrato

## DATOS BASICOS

Referencia Familiar	Nombre	Parentesco ó Vínculo	Celular
	Dirección	Teléfono	Ciudad
Referencia Personal	Nombre	Parentesco ó Vínculo	Celular
	Dirección	Teléfono	Ciudad

## INFORMACION FINANCIERA

Salario o Ingreso Mensual Actividad Principal	Valor Otros Ingresos Mensuales	Provenientes de		
\$	\$			
Total Egresos Mensuales	Declara Renta	Valor Activos y Pasivos con corte al	Total Activos	Total Pasivos
\$	Si No	D M A	\$	\$

## BIEN RAIZ

Tipo Inmueble	Dirección del Inmueble		
Casa   Apartamento   Lote   Finca			
Matrícula Inmobiliaria	Ciudad	Departamento	
Hipoteca a Favor de	Valor Hipoteca	Valor Comercial	Patrimonio Familiar
			Si No

## VEHICULO

Tipo de Vehículo	Marca	Modelo	Placa
Tipo de Servicio	Valor Comercial	Asegurado con	Pignorado a

## DATOS DEL CONYUGE

Apellido(s)	Nombre(s)	Número de Identificación		
Dirección	Teléfono Fijo	Celular		
Ocupación	Nombre empresa o actividad a cual se dedica			
Empleado   Independiente   Otro   Cual ?				
Dirección de la Empresa	Ciudad	Departamento	Teléfono	Extensión
Salario	Valor Otros Ingresos	Provenientes de		
\$	\$			

## AUTORIZACION DE GIRO DEL CREDITO

Tipo de Cuenta		Número de Cuenta	Entidad		
Corriente	Ahorros				
Tipo de Documento		Número de Documento	Beneficiario	Transferencia	Girar Cheque
CC	NIT				

Autorizo de manera expresa e irrevocable a ASOBURSATIL, a quien represente, o a quien ceda sus derechos, o a quien ésta contrate para el ejercicio de los mismo, sus obligaciones o su posición contractual a cualquier título, en relación con los productos o servicios de los que soy titular, o como representante de éste, para que consulte, solicite, suministre, reporte, procese, obtenga, recolecte, compile, confirme, intercambie, modifique, emplee, analice, estudie, conserve, reciba y envíe mis datos personales, lo que incluye toda la información relativa a mi comportamiento crediticio, financiero, comercial y de servicios, así como los datos personales de los administradores y/o accionistas de la entidad que represento, y a los que la entidad tenga acceso en desarrollo de las finalidades previstas en la presente autorización.

En los términos de la ley 1581 de 2012, manifiesto de manera expresa, que he sido informado del tratamiento al que serán sometidos mis datos y su finalidad, conforme con el documento que he declarado haber recibido de ASOBURSATIL.

Igualmente autorizo a ASOBURSATIL para solicitar y reportar a la Central de Información del Sector Financiero o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información referente a mi comportamiento que surja por cualquier vínculo que posea con la entidad, así como el descuento del valor de la consulta.

Los desembolsos se realizaran únicamente vía transferencia electrónica o mediante cheque con cruce para consignar en cuenta del primer beneficiario.

<p><i>Firma y C.C.</i></p>	<p>Huella Índice Derecho</p>	<p><i>VoBo Administrativo y/o Gestión Humana (Firma y Sello)</i></p>
----------------------------	------------------------------	--

**Nota: Diligenciar en su totalidad y adjuntar los siguientes documentos:**

- Certificados laborales vigentes (No mayor a 30 días)
- Comprobantes de nómina de los dos (2) últimos meses
- Copia de la última Declaración de Renta
- Comprobantes de otros ingresos (Soportes)
- Copia últimos tres (3) extractos bancarios
- Copia del documento de identidad al 150%

INGRESO  MODIFICACIÓN

RAMO	GRUPO VIDA <input type="checkbox"/>	GRUPO DEUDORES <input type="checkbox"/>
INTERMEDIARIO	AGENTE <input type="checkbox"/>	AGENCIA <input type="checkbox"/> CORREDOR <input type="checkbox"/>
TOMADOR	NIT	PÓLIZA NO.
CORREO ELECTRÓNICO	CELULAR	AUTORIZO LA RECEPCIÓN DE MENSAJES DE TEXTO EN MI CELULAR <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

**Con la presente, manifiesto mi aceptación de ser incluido como asegurado en el Plan de Seguro, por lo cual suministro los siguientes datos:**

ASEGURADO PRINCIPAL						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	CÉDULA DE CIUDADANÍA		
FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	OCUPACIÓN	ESTATURA	PESO	TELÉFONO	
AÑO	MES	DÍA				
DIRECCIÓN DE LA RESIDENCIA			CIUDAD	DEPARTAMENTO		
VALOR ASEGURADO SOLICITADO: \$						
¿ACTUALMENTE TIENE OTRAS PÓLIZAS DE VIDA EN AXA COLPATRIA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> VALOR ASEGURADO: \$						

CÓNYUGE ASEGURADO (Diligencie esta información solo en caso de que el programa al que desea vincularse se extiende al cónyuge y/o compañero(a) permanente)						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	CÉDULA DE CIUDADANÍA		
FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	OCUPACIÓN			TELÉFONO	
AÑO	MES	DÍA				
DIRECCIÓN DE LA RESIDENCIA			CIUDAD	DEPARTAMENTO		
VALOR ASEGURADO CÓNYUGE Y/O COMPAÑERO(A) PERMANENTE: \$						

ASEGURADOS ADICIONALES (Diligencie esta información solo en caso de que el programa al que desea vincularse se extiende a los hijos y/o padres)							
NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE DOC.	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO			PARENTESCO	VALOR ASEGURADO
			AÑO	MES	DÍA		\$
			AÑO	MES	DÍA		\$
			AÑO	MES	DÍA		\$
			AÑO	MES	DÍA		\$
			AÑO	MES	DÍA		\$
			AÑO	MES	DÍA		\$

**NOTA: QUEDA CLARAMENTE ENTENDIDO QUE LAS PERSONAS ASEGURADAS EN ESTA PÓLIZA HAN AUTORIZADO SU INCLUSIÓN EN LA MISMA Y HAN AUTORIZADO AL ASEGURADO PRINCIPAL A REALIZARLO. SI CON POSTERIORIDAD, ALGUNO DE ELLOS DESEA RETIRARSE, LO PODRÁ HACER MEDIANTE COMUNICACIÓN ESCRITA A AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.**

BENEFICIARIO DEL SEGURO					
NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	%	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	

**EN CASO DE FALLECIMIENTO DE UN FAMILIAR ASEGURADO (CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE, HIJOS Y PADRES), LOS BENEFICIARIOS DEL GRUPO FAMILIAR SERÁN LOS BENEFICIARIOS DE LEY SEÑALADOS EN EL ARTÍCULO 1142 DEL CÓDIGO DE COMERCIO O LOS SEÑALADOS POR EL FAMILIAR ASEGURADO EN COMUNICACIÓN ESCRITA REMITIDA A AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.**

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD - ASEGURADO PRINCIPAL		
¿HA SUFRIDO O PADECE ALGUNA ENFERMEDAD?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	ÚLTIMA CONSULTA MÉDICA:
¿CUÁL?	¿CUÁNDO?	FECHA: _____ MÉDICO/EPS: _____
RESULTADO: _____		

**DECLARACIÓN DEL CLIENTE**

1. Mi estado de salud es normal: no padezco, ni he padecido cáncer, cirrosis, hepatitis b, hipertensión arterial, diabetes, sida, enfermedades neurológicas, enfermedades psiquiátricas, afecciones cardíacas, insuficiencia renal, accidentes cardiovasculares y en general ninguna enfermedad grave o crónica.  
2. Autorizo expresamente a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros o cualquier otra organización o institución a suministrar a AXA COLPATRIA Seguros S.A., mi historia clínica y todos aquellos datos que en ella se registran o lleguen a ser registrados y obtener copia de ese documento y de sus anexos, incluso después de mi fallecimiento.  
3. La información suministrada en este documento es veraz, actual completa, exacta y comprobable, por tanto, la falsedad, omisión, error o inexactitud en ella, tendrá las consecuencias estipuladas en los artículos 1058 y 1150 del código del comercio. Me obligo para con AXA COLPATRIA y/o a quien en el futuro haga sus veces, a mantener actualizada la información suministrada para lo cual me comprometo a reportar por lo menos una vez al año los cambios que se hayan generado respecto de la información aquí contenida, de acuerdo con los medios y/o procedimientos que la compañía disponga para tal efecto.  
4. Art. 1098 del C.Cio: La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se exijan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.  
5. Art. 1152 del C.Cio: salvo lo previsto en el artículo siguiente (Art. 1153 C.Cio), el no pago de las primas dentro del mes siguiente a la fecha de cada vencimiento, producirá la terminación del contrato sin que el asegurador tenga derecho para exigirlos.  
6. En mi calidad de asegurado manifiesto expresamente que he tenido a mi disposición, el texto de las condiciones generales de la póliza, que durante el proceso de negociación de la póliza, me han sido anticipadamente explicadas por la aseguradora y/o por el intermediario de seguros y/o la entidad financiera respectiva, las exclusiones y el alcance o contenido de la cobertura de la póliza y de las garantías, y en virtud de tal entendimiento, conozco y entiendo las características, coberturas y exclusiones y acepto y decido de forma voluntaria tomar la póliza de seguros.  
**AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES ADMINISTRACIÓN DE DATOS**  
Para efectos de la presente autorización, AXA COLPATRIA Seguros S.A., AXA COLPATRIA Seguros de Vida S.A., o AXA COLPATRIA Medicina Prepagada S.A. (en adelante LAS COMPANÍAS) serán las entidades Responsables del Tratamiento de mis datos personales, los cuales se recolectan y recolectarán observando las normas especiales que rigen la actividad aseguradora y de salud y la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios, por lo tanto, AUTORIZO LIBREMENTE Y DE MANERA EXPRESA a LAS COMPANÍAS su matriz, subordinadas, afiliadas y en general a las sociedades que integran el Grupo AXA, o a cualquier cesionario o beneficiario presente o futuro de sus obligaciones y derechos, para que directamente o a través de terceros, puedan tener acceso a la información suministrada por mí en cualquier momento, y lleven a cabo todas las actividades de tratamiento de mis datos personales como recolección, almacenamiento, uso, circulación y supresión, entre otras, necesarias para cumplir con las siguientes finalidades: i) estudiar y atender la(s) solicitud(es) de servicios requeridos por mí en cualquier tiempo, ii) ejercer su derecho de conocer de manera suficiente al cliente/afiliado/usuario con quien se propone establecer relaciones, prestar servicios, y valorar el riesgo presente o futuro de las mismas relaciones y servicios, iii) prestar los servicios que de la(s) misma(s) solicitud(es) pudieran originarse y cumplir con las normas y jurisprudencia vigente aplicable, iv) atender las necesidades de servicio, técnicas, operativas, de riesgo o de seguridad que pudieran ser razonablemente aplicables, lo anterior en consideración

a sus sinergias mutuas y su capacidad conjunta de proporcionar condiciones de servicio más favorables a sus clientes, v) ofrecer conjunta o separadamente con terceros o a nombre de terceros, servicios comerciales, de seguridad social y conexos, así como realizar campañas de promoción, beneficencia o servicio social o en conjunto con terceros. Para efectos de esta autorización, entiendo que como Titular de la información, me asisten los derechos previstos en la Ley 1581 de 2012 y normas que la complementen, en especial, los derechos a conocer, actualizar, rectificar o solicitar la supresión de mis datos, y revocar la autorización que he otorgado para el uso de mis datos personales que hayan sido recolectados con las finalidades arriba indicadas, entendiéndolo, no obstante, que las facultades de supresión y de revocación no aplican respecto de la información requerida para el desarrollo del contrato establecido. Entiendo además que en virtud de lo dispuesto en el art. 20 del decreto 1371/13, he indicado e identificado a los beneficiarios de la póliza o producto adquirido, y que en tal virtud sus datos quedarán almacenados en las bases de datos de LAS COMPANÍAS, y serán utilizados para los fines propios de la cobertura y de la prestación del servicio de asistencia que cubra al producto contratado, y finalmente entiendo que para el ejercicio de estos derechos, LAS COMPANÍAS ponen a mi disposición como Titular los canales de comunicación relacionados en la sección "Contactándonos" de la página web <https://www.axacolpatria.co>.

**AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA, REPORTE Y ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN**

1. Autorizo de manera expresa e inequívoca la remisión de esta información a las demás entidades de Grupo al que pertenecen LAS COMPANÍAS a las que sucesivamente me vincule. 2. Autorizo a LAS COMPANÍAS para que, en el evento de falsedad, omisión o error en la información que he suministrado o suministré, pueda reproducirla y hacer valer las consecuencias estipuladas por la ley ante cualquier autoridad cuando resulte pertinente. 3. Autorizo de manera irrevocable a LAS COMPANÍAS, para que accedan, consulten, comparen, reporten, comuniquen, permitan el acceso y evalúen toda la información que sobre mí se encuentre almacenada en las bases de datos de cualquier central de riesgo crediticio, financiero, de antecedentes judiciales o de seguridad legítimamente constituida, de naturaleza estatal o privada, nacional o extranjera, o cualquier base de datos comercial o de servicios que permita establecer de manera integral e históricamente completa el comportamiento que como deudor, usuario, cliente, garante, endosante, afiliado, beneficiario, suscriptor, contribuyente y/o como titular de servicios financieros, comerciales o de cualquier otra índole. 4. Autorizo a LAS COMPANÍAS y/o a quien en el futuro haga sus veces, para que la información suministrada por cualquier medio que sea susceptible de cambio y/o modificación, sea actualizada a través de los medios y/o procedimientos que las mismas determinen. 5. Autorizo de manera expresa, para ser contactado entre otros medios, a través del envío de correos electrónicos, mensajes cortos de texto (SMS) y mensajes de multimedia (MMS).  
Si usted tiene alguna observación en relación con alguna de las finalidades atrás mencionadas, por favor indíquelo en este espacio: \_\_\_\_\_

**TEXTO DE REEMPLAZO DE FIRMA:**

Conforme a lo establecido en la normatividad SARLAFAT, es permitido sustituir su firma y huella en este formulario siempre y cuando se tomen las medidas efectivas para garantizar el conocimiento de su identidad, para tal efecto, usted podrá remitir este formulario completamente diligenciado, a través de su correo electrónico registrado en este formulario, poniendo en el asunto solamente su número de identificación sin espacios, comas y puntos y adjuntando copia nítida de su documento de identificación, registrado en este formulario, por ambas caras, y remitiéndolo al email institucional xxx@xxx. Mediante este hecho usted indica que la información contenida en este formulario con su aprobación, y autoriza el tratamiento de sus datos personales mediante de una conducta inequívoca, considerando las observaciones que sobre dicha autorización usted haya registrado en el formulario.

**Como constancia de haber leído y aceptado lo anterior, firmo el presente documento en la ciudad de \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año 20\_\_**

**FIRMA DEL ASEGURADO PRINCIPAL CC.**

HUELLA DEL ÍNDICE DERECHO DEL ASEGURADO PRINCIPAL