

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.

ASOBURSATIL ASOCIACION MUTUAL BURSATIL 	Solicitud de Crédito	SC-06-V5 Oct 25
---	-------------------------------	-----------------

Señalar con una X : Deudor ☐ Codeudor ☐

DATOS BASICOS DEL CREDITO

Ciudad Fecha D M A 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
D M A D M A

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	Total Activos
\$	Si No	\$
		Total Pasivos
		\$
		Valor Activos y Pasivos con corte al
		D M A

BIEN RAIZ

Tipo Inmueble	Dirección del Inmueble
Casa Apartamento Lote Finca	
Matrícula Inmobiliaria	Ciudad
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
Salario	Valor Otros Ingresos	Provenientes de
\$	\$	

AUTORIZACION DE GIRO DEL CREDITO

Autorizo a Asobursatil a descontar los valores de la consulta en las centrales de riesgos, la transferencia del crédito o de nómina y desembolsar el valor del que hace referencia esta solicitud, en caso ser aprobado a la siguiente cuenta:

Tipo de Cuenta		Número de Cuenta	Entidad
Corriente	Ahorros		
Tipo de Documento		Número de Documento	Beneficiario
CC	NIT		

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DATOS PERSONALES - LEY 1581 DE 2012

En mi calidad de solicitante y titular de la información suministrada en este formado y de la información que se suministre durante la vigencia de la relación comercial y/o mientras subsistan obligaciones sin pagar, autorizo expresamente a ASOBURSATIL o a quien represente sus derechos a consultar, solicitar, suministrar, reportar, procesar y divulgar toda la información que se refiera a mi comportamiento crediticio, financiero, y de terceros países de la misma naturaleza en la centrales de información y/o bases de datos de entidades creadas para ello, quienes podrán conocer mi información de conformidad con la legislación y la jurisprudencia aplicable y podrá ser utilizada para efectos estadísticos.

Mis derechos y obligaciones, así como la permanencia de la información en las bases de datos que corresponda a lo determinado por la Ley, el cual puede ser de carácter público de lo cual manifiesto estar enterado.

AUTORIZACIÓN CONSULTA CENTRALES DE RIESGOS

Autorizo a ASOBURSATIL o a quien represente sus derechos o a quien ésta contrate para el ejercicio de los mismos, de forma permanente e irrevocable, para que con fines estadísticos y de información financiera, crediticia y comercial; consulte, informe, reporte, procese y divulgue a las Centrales de Riesgo, toda la información referente a mi comportamiento financiero, crediticio y comercial que resulte de todas las operaciones que bajo cualquier modalidad me hubiese otorgado.

Firma y C.C.	Huella Indice Derecho	VoBo Administrativo y/o Gestión Humana (Firma y Sello)
--	--	--

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%



AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.
SOLICITUD INDIVIDUAL
PÓLIZA DE SEGURO VIDA GRUPO

INGRESO ☐ MODIFICACIÓN ☐

RAMO		GRUPO VIDA ☐	GRUPO DEUDORES ☐
INTERMEDIARIO		AGENTE ☐	AGENCIA ☐ CORREDOR ☐
TOMADOR		NIT	PÓLIZA NO.
CORREO ELECTRÓNICO	CELULAR	AUTORIZO LA RECEPCIÓN DE MENSAJES DE TEXTO EN MI CELULAR SÍ ☐ NO ☐	

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? SÍ ☐ NO ☐						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) PEMANENTE, 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? SÍ ☐ 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 1059 y 1159 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 COMPAÑÍAS) 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 COMPAÑÍAS 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 entablar 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

TEXTO DE REEMPLAZO DE FIRMA:

Conforme a lo establecido en la normatividad SARLAFT, 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 numero 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____

a sus sinergias mutuas y su capacidad conjunta de proporcionar condiciones de servicio más favorables a sus clientes, vi) 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, entendiendo, 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 1377/13, 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 COMPAÑÍAS, 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 COMPAÑÍAS ponen a mi disposición como Titular los canales de comunicación relacionados en la sección "Contáctanos" de la página web: <https://www.axacolpatria.co>.

AUTORIZACION PARA CONSULTA, REPORTE Y ACTUALIZACION DE INFORMACION

1. Autorizo de manera expresa e inequívoca la remisión de esta información a las demás entidades de Grupo al que pertenecen LAS COMPAÑÍAS a las que sucesivamente me vincule. 2. Autorizo a LAS COMPAÑÍAS para que, en el evento de falsedad, omisión o error en la información que he suministrado o suministre, pueda reproducirla y hacer valer las consecuencias estipuladas por la ley ante cualquier autoridad cuando resulte pertinente. 3. Autorizo de manera irrevocable a LAS COMPAÑÍAS, 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 COMPAÑÍAS 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: _____

FIRMA DEL ASEGURADO PRINCIPAL
CC.

HUELLA DEL ÍNDICE DERECHO
DEL ASEGURADO PRINCIPAL