

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 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

Estado Civil Número de Personas a Cargo

Nivel Académico

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

Tipo de Contrato Entidad donde Labora

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	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

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO (DD/MM/AAAA): _____

RAMO 083		GRUPO VIDA ☐	GRUPO DEUDORES ☒
INTERMEDIARIO VALORAR SEGUROS		AGENTE	AGENCIA X CORREDOR
TOMADOR ASOBURSATIL		NIT 800175748-3	PÓLIZA NO. 2221
CORREO ELECTRÓNICO ahorroycredito@asobursatil.org	CELULAR 3134842290	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: \$		
BENEFICIARIO DEL SEGURO													
NOMBRES Y APELLIDOS							PARENTESCO			%			
EN CASO DE FALLECIMIENTO DE UN FAMILIAR ASEGURADO (CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PEGMANENTE, 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 cardiacas, 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 1065 y 1158 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. 1068 del C.Ci: 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.Ci: salvo lo previsto en el artículo siguiente (Art. 1153 C.Ci), 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 leído a mi disposición, el texto de las condiciones generales de la póliza, que durante el proceso de negociación de la póliza, me han sido antiopadamente 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 otorgo 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 siguientes condiciones:

1. Las actividades de recolección de mis datos personales serán las necesarias para el cumplimiento de las obligaciones de LAS COMPAÑÍAS en los seguros 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, sucursales, afiliados y en general a las sociedades que integran el Grupo AXA, o a cualquier cesionario o subcontratista de LAS COMPAÑÍAS, a utilizar mis datos personales para las actividades de recolección de mis datos personales que se describen en cualquier momento, y llevar a cabo todas las actividades de tratamiento de mis datos personales como recolección, almacenamiento, uso, difusión y supresión, entre otras, necesarios para cumplir con las siguientes finalidades: (i) estudiar y atender las (s) solicitudes de servicios requeridos por mí en cualquier momento; (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 de las (s) misma(s) solicitud(es) pudieran requerir y cumplir con las normas y jurisprudencia vigente.

aplicable, ii) atender las necesidades de apoyo, técnicas, operativas, de riesgo o de seguridad que pudieran ser razonablemente aplicables, la atención en consideración a sus singieras mutas y su capacidad conjunta de proporcionar condiciones de servicio más favorables a sus clientes, y) ofrecer conjunto o separadamente con terceros o a nombre de terceros, servicios comerciales, de seguridad social y conexos, así como realizar campañas de promoción, beneficio o servicio social o en conjunto con terceros. Para efectos de esta autorización, entiendo que como Titular de la información, me asento los derechos previstos en la Ley 1581 de 2012 y normas que la complementan, 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 antes indicadas, entiendo, no obstante, que las finalidades de supresión y de revocación de la autorización de uso de mis datos, no implican la eliminación o destrucción de la información que he otorgado en el artículo 2.º de la Ley 1717/13, 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 pone a mi disposición como Titular los canales de comunicación relacionados en la sección "Contactarnos" de la página web <https://www.axacolpatria.com>

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 sea almacenada en el sistema de cualquier entidad de Grupo, así como cualquier central de riesgo crediticio, financiero, de antecedentes judiciales o de seguridad legítimamente constituida, de naturaleza pública o privada, nacional o extranjera, o cualquier banco de datos comercial o de servicios que permita establecer de manera integral y históricamente completo el comportamiento que como deudor, usuario, cliente, garante, endosante, afiliado, beneficiario, suscriptor, contribuyente y/o 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 medio de correo 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
DOC. IDENTIDAD:

HUELLA DEL INDICE DERECHO
DEL ASEGURADO

Oficina principal: Carrera 9 # 24 - 38 (Local 202 - Mezanine) • Bogotá D.C.-Colombia

Línea Integral de Atención al Cliente:
Teléfonos: (57) 601 423 57 57 en Bogotá, 01 8000 512 620 para el resto del país y desde celular #247 • www.axacolpatria.co botón **Contáctanos**

También cuentas con la **Defensoría del Consumidor Financiero:**
Teléfono móvil: 313 499 80 23 • defensoria@consuelorodriguezvalero.com

AXA COLPATRIA Seguros S.A.