

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 OT 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 Arrendado Familiar				
Estado Civil	Número de Personas a Cargo			
Soltero ☐ Casado ☐ Separado ☐ Viudo ☐ Unión Libre ☐				
Nivel Académico				
Primaria ☐ Bachillera ☐ 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 Lab ☐ 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	Total Pasivos	Valor Activos y Pasivos con corte al
\$	☐ Si ☐ No	\$	\$	D M A

BIEN RAIZ

Tipo Inmueble	Dirección del Inmueble			
Casa ☐ Apartament ☐ Lot ☐ 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

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 las 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 ☐

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

RAMO 083		GRUPO VIDA ☐	GRUPO DEUDORES ☒
INTERMEDIARIO VALORAR SEGUROS		AGENTE	AGENCIA ☒ 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 ☒ SI ☐ 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							
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) PEMAENTE, 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: _____				
¿HA SIDO USTED DIAGNOSTICADO O HA RECIBIDO TRATAMIENTO PARA CÁNCER EN LOS ÚLTIMOS CUATRO (4) AÑOS?								SÍ _____ NO _____
Nota: Conforme a la Ley 2475 de 2023 (Olvido Oncológico), el asegurado no está obligado a declarar antecedentes oncológicos (cáncer) si han transcurrido 4 años o más desde la finalización del tratamiento, sin recaídas posteriores.								

DECLARACIÓN DEL CLIENTE

1. Mi estado de salud es normal: no padezco, ni he padecido insuficiencia renal crónica, infección por VIH, sida, leucemia, linfoma, diabetes, hipertensión, obesidad, infecciones respiratorias, depresión, ansiedad, y/o cualquier otra enfermedad considerada como grave o crónica.

2. Autorizo de manera previa, expresa e informada a AXA COLPATRIA Seguros S.A; AXA COLPATRIA Seguros S.A y a los terceros autorizados por mí y por la ley a acceder a la información registrada en mi historia clínica y sus anexos, incluso después de mi fallecimiento, necesaria para prestar los servicios por parte de las COMPAÑÍAS en materia de salud y seguros.

después de mi fallecimiento, necesito para prestar los servicios por parte de las COMPAÑÍAS en materia de salud y seguros...
 2. 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 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.Cio: La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan 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 exigir las

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 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

Los efectos de la presente notificación a AXA COLPACAT Seguros S.A., AXA COLPACAT Seguros de Vida S.A., (en adelante LAS COMPAÑÍAS) serán las entidades Responsables del Tratamiento de mis datos personales, los cuales se notificarán y recordarán observando las normas específicas que rigen la actividad aseguradora y de salud y la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios; por lo tanto, AUTORIZO de manera libre, libre y expresa a LAS COMPAÑÍAS a 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 mis obligaciones y derechos, para que directamente o a través de terceros, puedan tener acceso a la información suministrada por mí en cualquier momento, y llevar 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: 1) estudiar y atender las solicitudes de servicios requeridos por mí en el momento de contratar los seguros, 2) administrar y gestionar los seguros, 3) administrar y gestionar las relaciones, prestar servicios y evaluar el riesgo presente o futuro de las mismas relaciones y servicios, 4) prestar los servicios que de las (s) misma(s) solicitudes, puedan originarse y cumplir con las normas y tutorización vigente.

aplicable, a atender las necesidades de servicio, técnicas, operativas, de riesgo o de seguridad que pudieran ser razonablemente anticipables, lo tanto en consideración a sus singieras mullas 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, beneficencia o servicio social o en conjunto con terceros. V) Permitir comunicación directa o a través de terceros con el fin de evaluar la calidad y experiencia de nuestros servicios, con el fin de mejorarlos. Para efectos de esta autorización, entiendo que puedo suministrar información de carácter sensible relacionados a mi estado de salud pasado, presente y futuro, lo cual no tenga plena capacidad de decisión de suministrarlos o no. Dado que como Titular de la información, me asistieron los derechos previstos en la Ley 1581 de 2012 y normas que la complementen, en concreto, 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, entiendo, no obstante, que las facultades de supresión y de revocación no aplican respecto de la información requerida para el desarrollo del control establecido. Entiendo además que en virtud de lo dispuesto en el art. 20 del decreto 1773/13, iniciado e identificado con el número de identificación de la política o protocolo adquirido, y que en tal virtud, dichos que quedan reservados a la información de los datos de LAS COMPAÑÍAS, no se utilizarán para la cobertura de la apertura de un expediente de prescripción de los datos de las personas que cubra al producto controlado, 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 "Contactándonos" de la página web <https://www.avogalonline.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 pertenezco 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 suministre, pueda reproducirla y hacer valer las consecuencias esculpidas por la ley ante cualquier autoridad cuando resulte pertinente, 3. Autorizo de manera previa y expresa a LAS COMPANÍAS para que accedan, consulten, comparecen, reporten, comunican, 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 u/o como titular de servicios financieros, comerciales o de cualquier otra índole, conforme a lo esculpido en la ley 1296 del 2006, 4. Autorizo a LAS COMPANÍAS u/o quien en el futuro haga sus veces, para que la información suministrada por mí a cualquier medio de comunicación o cambio u/o sistema de información, sea utilizada a través de los medios y/o procedimientos que las mismas determinen, 5. Autorizo de manera expresa, por 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

DOC. IDENTIDAD:

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.

Confidencial