

FONDO EMPLEADOS SABI

FECHA DE RADICADO

SOLICITUD DE CREDITO**INFORMACIÓN DEL CRÉDITO**

VALOR SOLICITADO:	Nro. Cuotas a cancelar _____	QUINCENALES
\$ _____	Nro. Cuotas a cancelar _____	MENSUALES

Valor en letras: _____

Multiproposito: _____ Vivienda: _____ Vehículo: _____ Seguro: _____
 Educación: _____ Salud: _____ Credifacil: _____ Cancela Credito anterior: _____

Observación: _____

DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

NOMBRE Y APELLIDOS: _____

C.C. _____ DE: _____

DIRECCIÓN RESIDENCIA: _____ CIUDAD: _____

CELULAR: _____ SUCURSAL: _____ EMAIL: _____

INGRESOS Y EGRESOS MENSUALES (Datos obligatorios)

SALARIO: \$ _____ OTROS INGRESOS: \$ _____ INGRESOS FAMILIAR: \$ _____ TOTAL: \$ _____

DESCUENTOS NOMINA: \$ _____ CUENTA PERSONAL: \$ _____ OTROS GASTOS: \$ _____ TOTAL: \$ _____

DATOS DEL PRIMER CODEUDOR: (Como aparece en el documento de identidad)

NOMBRE Y APELLIDOS: _____

C.C. _____ DE: _____

DIRECCIÓN RESIDENCIA: _____ CIUDAD: _____

CELULAR: _____ SUCURSAL: _____ EMAIL: _____

DATOS DEL SEGUNDO CODEUDOR: (Como aparece en el documento de identidad)

NOMBRE Y APELLIDOS: _____

C.C. _____ DE: _____

DIRECCIÓN RESIDENCIA: _____ CIUDAD: _____

CELULAR: _____ SUCURSAL: _____ EMAIL: _____

Expresamente autorizo(amos) al FONDO DE EMPLEADOS SABI, para que de mi (nuestro) salario deduzca las cuotas pactadas del crédito desembolsado a mi favor. En caso de retiro de la empresa donde laboro los autorizo(amos) para ordenar la retención de mis (nuestras) prestaciones sociales y aportes, por el valor de las obligaciones que haya(mos) contraído con el FONDO DE EMPLEADOS SABI.

Expresamente declaro (amos) que autorizo (amos) al FONDO DE EMPLEADOS SABI, para que con fines estadísticos, consulte, informe, guarde en sus archivos y reporte a las centrales de riesgo financiero que considere necesario o a cualquier otra entidad autorizada, la información relacionada con el desarrollo del presente crédito

Autorizo(amos) a mi empleador a suministrar información financiera y todo lo referente a mi vínculo laboral al FONDO DE EMPLEADOS SABI

Autorizo(amos) al FONDO DE EMPLEADOS SABI para ser consultado en las bases de datos de la seguridad social.

Firma deudor Principal_____
Firma Codeudor:_____
Firma Codeudor:

CONCEPTO GERENCIAL

Importante emitir el concepto de los funcionarios de acuerdo a la información requerida.

Nombre del solicitante: _____

contrato laboral: fecha de inicio: _____ fecha de terminación: _____

Monto solicitado: \$ _____ Antigüedad en la empresa: _____

capacidad de pago: _____ Desempeño: _____

Cancela crédito anterior: _____ Devengado mensual: _____

Cuenta personal: _____

Destino crédito: _____

Concepto del administrador o jefe inmediato: _____

Nombre Primer codeudor: _____

contrato laboral: fecha de inicio: _____ fecha de terminación: _____

Antigüedad en la empresa: _____ Desempeño: _____

Otras observaciones: _____

Nombre Segundo codeudor: _____

contrato laboral: fecha de inicio: _____ fecha de terminación: _____

Antigüedad en la empresa: _____ Desempeño: _____

Otras observaciones: _____

Firma

Nombre Administrador

Fecha del concepto

AUTORIZACION CONSIGNACION DEL FONDO DE EMPLEADOS SABI

YO _____ identificado (a) con **CEDULA DE CIUDADANIA** Nro. _____ de _____, autorizo al Fondo de Empleados SABI para que me sea consignado el valor autorizado, por **CONCEPTO** de _____.

CUENTA Nro. _____

BANCO. _____

CLASE CUENTA: Corriente _____ O de ahorros _____

TITULAR DE LA CUENTA _____.

Identificado(a) cédula de ciudadanía Nro. _____ de _____.

Dado en la ciudad de _____, a los _____ () del mes de _____ del 20_____.

Atentamente,

Nombre asociado (a):

Celular:

Correo electrónico:

Sucursal:

FONDO DE EMPLEADOS SABI
NIT.801.002.901.-6

PAGARE N° _____

POR VALOR DE: _____

(\$ _____)M/cte.

YO (Nosotros), _____

el primero como mutuuario por ser beneficiario directo del crédito y los demás como firmantes de favor (deudores solidarios), identificado (s), como aparece al pie de mi (nuestras) correspondiente(s) firma(s). Pagaré (mos) al Fondo de Empleados SABI, o su orden, conforme a los estatutos y reglamentos de esta entidad solidaria al código de comercio, al código civil y demás disposiciones legales, la cantidad de _____

(\$ _____) suma esta que recibí (mos) en calidad de préstamo, con una tasa de interés remuneratorio del _____ % efectivo anual y moratorio a la tasa máxima legalmente permitida.

La suma expresada la cancelaré (mos) en _____ (_____) cuotas iguales, por valor de (\$ _____) cada una, empezando a partir del día _____ del mes de _____ del año _____ y terminando el día _____ del mes _____ del año _____.

Para tal efecto autorizo(amos) a la empresa en la cual labore(emos), para que descuente de mi (nuestro) salario, prestaciones sociales e indemnizaciones, las mencionadas cuotas y las gire directamente al FONDO DE EMPLEADOS SABI, o a su orden.

No obstante el plazo pactado, el tenedor del presente título podrá declarar vencida la totalidad de la obligación y exigir el pago inmediato de las cuotas capital pendientes y de sus intereses, en caso de mora en el pago de una (1) o más cuotas periódicas pactadas

o de las primas; así mismo, si se presentare embargo de salarios, prestaciones y demás bienes por parte de un tercero (Ley 45 de 1990, artículo 69), o si se presentare la desvinculación laboral del asociado beneficiario del crédito.

En el evento que las cuotas periódicas pactadas no sea descontadas de mi (nuestro) salario(s), prestaciones sociales y/o indemnizaciones por parte de la Empresa en la cual labore(emos), me (nos) comprometo(emos) a realizar su pago en las fechas estipuladas, directamente en las oficinas del FONDO DE EMPLEADOS SABI, en la ciudad de Armenia o en aquellas localidades donde tenga establecidas sucursales o agencias.

Como respaldo de mi (nuestra) obligación, comprometo(emos) además de mi (nuestra) responsabilidad personal, mis (nuestros) aportes sociales y ahorros que posea(amos) en el FONDO DE EMPLEADOS SABI, los salarios, prestaciones sociales, indemnizaciones y bonificaciones que existan a mi (nuestro) favor en la empresa en la cual laboro(amos) actualmente o en las empresas en que posteriormente me (nos) vincule (mos). En tal virtud, EL FONDO DE EMPLEADOS SABI queda autorizado de manera expresa e irrevocable para debitar las cuotas, el capital, los intereses o demás conceptos a que legalmente esté(mos) obligado(s), del total de los aportes sociales y de los ahorros que poseo(emos) en la Entidad, así mismo, para tramitar el reconocimiento y pago de mis (nuestros) derechos laborales señalados para amortizar los saldos insolutos de la obligaciones contraídas.

En el evento que las cesantías se encuentren consignadas en un Fondo privado, autorizo(amos) a la entidad y al respectivo fondo de manera expresa e irrevocable, para que igualmente retenga y gire la cantidad adecuada al mencionado fondo o a quien represente sus derechos.

Expresamente declaro(amos) excusado el protesto del presente pagaré. En caso que haya lugar a cobro por la vía judicial o extrajudicial, los gastos de cobranza, costas y agencias en derecho, serán pagados por mi (nosotros), sometiéndome(nos) a la jurisdicción legal en cualquier lugar de la República y renunciando a favor del FONDO DE EMPLEADOS SABI, o a favor de quien represente sus intereses, al nombramiento del depositario de bienes.

Para constancia, suscribo(imos) el presente pagaré en la ciudad de _____ a los (____) días del mes de _____ del año _____ (_____).

AUTORIZACIÓN

Expresamente declaramos que autorizamos al FONDO DE EMPLEADOS SABI, para que con fines estadísticos, consulte, informe, guarde en sus archivos y reporte a las centrales de riesgo financiero que considere necesario, o a cualquier otra entidad autorizada, la información relacionada con el desarrollo del presente crédito

El deudor,

Firma _____

Nombre: _____

C.C. No: _____

Dirección: _____

Tel: _____

El deudor solidario,

Firma _____

Nombre: _____

C.C. No: _____

Dirección: _____

Tel: _____

El deudor Solidario,

Firma _____

Nombre: _____

C.C. No: _____

Dirección: _____

Tel: _____

CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE EN BLANCO

Ciudad _____ Fecha _____

Señores
FONDO DE EMPLEADOS SABI
Ciudad

Por medio de la presente y de conformidad con lo establecido en el artículo 622 del código de comercio, me (nos) permito (permitimos) autorizarlos en forma permanente e irrevocable, para que de modo expreso procedan a llenar el pagaré a la orden, otorgado a su favor y distinguido con el número _____ completándolo en los espacios dejados en blanco, correspondientes a la fecha de vencimiento y cuantía (capital, comisiones, costos y todos los demás conceptos relacionados con las obligaciones correspondientes a intereses). Igualmente si llegara (llegáramos) a constituirme (constituiremos) en mora por el no pago de la totalidad o parte de una o más obligaciones a mi (nuestro) cargo a favor del FONDO DE EMPLEADOS SABI, podrá el Fondo exigir de inmediato la cancelación de todas las obligaciones de las cuales sea (seamos) deudor (deudores) aun cuando por razón de los plazos previamente acordados no se encuentren vencidas, ya que por la anterior circunstancia todas y cada una de las mismas se entienden exigibles de inmediato, cuyos valores se incluirán en el citado pagaré. También queda facultado el Fondo para proceder en forma idéntica a la anterior, en caso de que cualquiera de los que suscribimos este documento, resulte embargado por un tercero o por el mismo fondo, o sea declarado en quiebra, llamado a concordato o concurso de acreedores. El pagaré podrá ser llenado sin previo aviso, de acuerdo a las siguientes instrucciones:

A. La cuantía será igual al monto de todas las sumas que por cualquier concepto le este (estemos) debiendo al Fondo de Empleados el día que sea llenado, incluyendo en dicha cuantía el valor de aquellas obligaciones que se declaran de plazo vencido como anteriormente se autorizó.

B. La fecha de vencimiento será la del día en que el título valor sea llenado o la del día siguiente.

C. En materia de intereses se observarán para su cálculo y liquidación las siguientes pautas:

1. Los intereses de mora serán los máximos legalmente autorizados para la (las) obligación (obligaciones) asumida (asumidas) por mi (nosotros) frente al Fondo.

2. Si al momento de ser llenado el pagaré se han causado intereses sobre la (las) obligación (obligaciones), estos se incluirán dentro de la cuantía total, sin perjuicio de lo señalado en el número quinto de este literal.

3. En caso de que por mi (nuestro) incumplimiento el Fondo optare por declarar vencido el plazo pactado y hacer exigible de inmediato la cancelación de todas las obligaciones a mi (nuestro) cargo, está facultado para cobrarme (cobrarnos) los intereses de mora sobre el saldo insoluto del capital adeudado a la tasa señalada en el número 1 de este literal, desde el momento en que se haga exigible y hasta su pago total.

4. Si por el contrario el Fondo decidiese a pesar de mi (nuestro) incumplimiento no declarar de plazo vencido el saldo total de mi (nuestras) obligación (obligaciones), podrá exigirme (exigirnos) intereses moratorios a la tasa señalada en el número 1 de este literal, sobre la cuota (o cuotas) de capital vencidas desde su exigibilidad y hasta su pago total.

5. En ningún caso el Fondo procederá a liquidar intereses sobre intereses causados y no pagados. Lo aquí previsto no impedirá que el Fondo pueda beneficiarse de las provisiones contraídas en el artículo 886 del código de comercio.

El pagare así llenado, será exigible inmediatamente y prestará mérito ejecutivo sin formalidad adicional alguna.

Hago constar que he (hemos) leído la presente carta de instrucciones que en conformidad suscribo (suscribimos).

El Deudor, El Deudor Solidario, El Deudor Solidario,

Firma _____ Firma _____ Firma _____

LIBRANZA

LIBRANZA No. _____

SEÑORES: _____

Yo (nosotros), _____

identificado (s) como aparece al pie de mi _____ (nuestras) correspondiente(s) firma(s) autorizo(amos) expresa e irrevocablemente a esa entidad, para descontar de mi (nuestro) salario mensual, prestaciones sociales, bonificaciones y/o indemnizaciones, la cantidad de _____

(\$ _____) mensuales, durante un periodo de _____ (_____) meses contados a partir del mes de _____ del año _____, con el fin de amortizar crédito que he(mos) contraído con el FONDO DE EMPLEADOS SABI. Adicionalmente para descontar un total de _____ (_____) primas iguales por valor de _____ (\$ _____) cada una, en las fechas que a continuación se describen: _____.

Los descuentos realizados deberán ser girados a nombre del Fondo de Empleados SABI, o su orden dentro de los cinco (5) días calendario subsiguientes a la fecha del pago al trabajador o pensionado, de conformidad con lo establecido por el parágrafo único del Artículo 142 de la Ley 79 de 1988.

En caso de salir a disfrutar de vacaciones o licencia, autorizo(amos) para que se descuenta de manera anticipada el valor de la(s) cuotas (s) mensual (es) y de las cuotas extraordinarias señaladas.

Así mismo autorizo(amos) para que de las cesantías parciales o definitivas, de las indemnizaciones, bonificaciones o de cualquier otra suma que haya de pagarme(nos) la entidad, se retenga y gire al FONDO DE EMPLEADOS SABI, o su orden, el valor de las cuotas pendientes por cancelar y demás sumas que certifique tal Fondo.

En el evento que las cesantías se encuentren consignadas en un fondo privado, autorizo(amos) a la entidad y al respectivo Fondo de manera expresa e irrevocable, para que igualmente retenga y gire la cantidad adecuada al mencionado Fondo, o a quien represente sus derechos.

En todo caso, no podrá realizarse el pago de dichas prestaciones sin el correspondiente PAZ Y SALVO expedido por el FONDO DE EMPLEADOS SABI, entidad esta que queda autorizada con las más amplias facultades, para tramitar todo lo referente a su reconocimiento y pago hasta concurrencia del saldo insoluto de la obligación garantizada, intereses remuneratorios, moratorios y otros conceptos.

El Deudor, El Deudor Solidario, El Deudor Solidario,

Firma _____ Firma _____ Firma _____

ACEPTACION DE LA LIBRANZA

Aceptamos esta orden de descuento, las autorizaciones en ella contenidas y la responsabilidad que acarrea para con el FONDO DE EMPLEADOS SABI, en el evento de incumplir las condiciones expresadas en la presente autorización. En tal virtud, responderemos solidariamente por las sumas no recaudadas renunciando desde ahora a los requerimientos y a la constitución en mora.

Ciudad y Fecha

Firma Autorizada y sello

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
FECHA DE NACIMIENTO		LUGAR DE NACIMIENTO		OCUPACIÓN		ESTATURA PESO
AÑO	MES	DÍA			TELÉFONO	
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
FECHA DE NACIMIENTO		LUGAR DE NACIMIENTO		OCUPACIÓN		TELÉFONO
AÑO	MES	DÍA			DEPARTAMENTO	
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 <input type="checkbox"/>			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 si 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>.

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 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 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 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 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