



Empleado

- Fotocopia de la cédula ampliada al 150%.
- Diligenciar y firmar el formato de solicitud de aprobación (sin tachones ni enmendaduras).
- Certificado laboral original indicando cargo, sueldo y tiempo que lleva laborado en la empresa.
- Desprendibles de nómina de los últimos 3 meses.
- Extractos bancarios de los últimos tres meses (Aplica Nequi y Daviplata).
- Si tiene vivienda o vehículo propio anexar fotocopia de la tarjeta de propiedad o certificado de tradición y libertad.
- Si no demuestra ingresos por extractos pagos en efectivo enviar carta de no presentación por pagos en efectivo.
- Soporte de pago de análisis de Suscriptor y/o codeudor.

Nota:

- Si sus pagos son en efectivo y no los demuestra plenamente por extractos posiblemente se podrá solicitar codeudor.
- Si su vinculación laboral es inferior a 6 meses presentar certificado laboral de continuidad laboral ya que de lo contrario se podrá solicitar codeudor.
- Si declara renta adjuntar soporte.



Independiente

- Fotocopia de la cédula ampliada al 150%.
- Diligenciar y firmar el formato de solicitud de aprobación (sin tachones ni enmendaduras).
- Cámara y comercio original con fecha de expedición máximo de 30 días y/o Rut.
- Fotocopia de la declaración de renta del año anterior.
- Extractos bancarios de los últimos tres meses (Aplica Nequi y Daviplata).
- 2 certificaciones comerciales (proveedores).
- Si tiene vivienda o vehículo propio anexar fotocopia de la tarjeta de propiedad o certificado de tradición y libertad.
- Presentación de evidencias fotográficas legibles.
- Factura de recibo público del establecimiento comercial de su actividad como independiente.
- Soporte de pago de análisis de Suscriptor y/o codeudor.

Nota:

- En caso de no demostrar ingresos por extractos bancarios presentar certificado de ingresos por contador titulado.

SEDE PRINCIPAL Y ADMINISTRATIVA

Carrera 7 No. 24-89 - Piso 17

PBX: (571) 444 1700 - Cel. (300) 912 26 77

Email: servicioalcliente@autofinanciera.com.co

Bogotá - Colombia

www.autofinanciera.com.co



Persona jurídica

- › Fotocopia de la cédula ampliada al 150% del representante legal.
- › Diligenciar y firmar el formato de solicitud de aprobación persona jurídica (sin tachones ni enmendaduras).
- › Cámara y comercio original con fecha de expedición máximo de 30 días.
- › Estados financieros Balance y PyG personal expedido y firmado por contador público del año anterior y fotocopia de tarjeta profesional del contador y teléfono.
- › Fotocopia de la declaración de renta del año anterior.
- › 2 certificaciones comerciales (proveedores).
- › Extractos bancarios de los últimos tres meses (Aplica Nequi y Daviplata) a nombre de la empresa.
- › Fotocopia del RUT
- › Si tiene bienes inmuebles como vivienda propia; anexar certificado de tradición y libertad (vigencia 30 días). Si tiene vehículo anexar fotocopia de la tarjeta de propiedad.
- › Soporte de pago de análisis de suscriptor y codeudor (representante legal).

Nota:

- › Es obligatorio presentar documentos de codeudor persona natural que cumpla requisitos.
- › El codeudor que es obligatorio puede ser el representante legal.



Transportador

- › Fotocopia de la cédula ampliada al 150% .
- › Diligenciar y firmar el formato de solicitud de aprobación (sin tachones ni enmendaduras).
- › Fotocopia(s) de las tarjeta(s) de propiedad de los vehículo(s)
- › Carta de ingresos de las empresas donde tienen vinculados los vehículos; debe especificar datos del vehículo, fecha de vinculación, Ingresos mensuales.
- › Extractos bancarios de los últimos tres meses (Aplica Nequi y Daviplata).
- › Adjuntar soporte si declara renta.
- › Si tiene vivienda o vehículo propio anexar fotocopia de la tarjeta de propiedad o certificado de tradición y libertad.
- › Soporte de pago de análisis de suscriptor y/o codeudor.

Nota:

- › En caso de no demostrar ingresos plenamente adjuntar alguna garantía real que cubra el saldo deudor.
- › Presentar carta de intención

SEDE PRINCIPAL Y ADMINISTRATIVA

Carrera 7 No. 24-89 - Piso 17

PBX: (571) 444 1700 - Cel. (300) 912 26 77

Email: servicioalcliente@autofinanciera.com.co

Bogotá - Colombia

www.autofinanciera.com.co



Pensionado

- Fotocopia de la cédula ampliada al 150%
- Diligenciar y firmar el formato de solicitud de aprobación (sin tachones ni enmendaduras).
- Certificación de pensional
- Desprendibles de pago de bono pensional de los últimos 3 meses
- Adjuntar soporte si declara renta.
- Extractos bancarios de los últimos tres meses (Aplica Nequi y Daviplata)
- Si tiene vivienda o vehículo propio anexar fotocopia de la tarjeta de propiedad o certificado de tradición y libertad.
- Soporte de pago de análisis de Suscriptor y/o Codeudor.

Nota:

- Es obligatorio demostrar ingresos adicionales diferentes a la pensión.



Rentista capital

- Fotocopia de la cédula ampliada al 150%.
- Diligenciar y firmar el formato de solicitud de aprobación (sin tachones ni enmendaduras).
- Contratos de arrendamiento autenticados.
- Fotocopia contratos o los títulos de los cuales se deriva su renta (en donde se especifique: propietario, canon o ingreso mensual y antigüedad de la fuente), certificado de tradición inmueble.
- Extractos bancarios de los últimos tres meses (Aplica Nequi y Daviplata).
- Adjuntar soporte si declara renta.
- Si tiene vehículo propio; anexar fotocopia de la Tarjeta de Propiedad.
- Fotocopia del RUT.
- Soporte de pago de análisis de Suscriptor y/o Codeudor.

SEDE PRINCIPAL Y ADMINISTRATIVA

Carrera 7 No. 24-89 - Piso 17

PBX: (571) 444 1700 - Cel. (300) 912 26 77

Email: servicioalcliente@autofinanciera.com.co

Bogotá - Colombia

www.autofinanciera.com.co



AutofinancieraColombiaSA



Autofinanciera.co



Autofinanciera S.A

SOLICITUD DE APROBACIÓN - PERSONA NATURAL

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DD MM AA **SUScriptor** ☐ **CESIONARIO** ☐ **CODEUDOR** ☐

AGENCIA _____ GRUPO Y NÚMERO _____

PRIMER APELLIDO _____ SEGUNDO APELLIDO _____

PRIMER NOMBRE _____ SEGUNDO NOMBRE _____

TIPO DE DOCUMENTO: ☐ CC ☐ CE N° _____

FECHA DE NACIMIENTO: DD MM AA EDAD: _____ ESTADO CIVIL: _____

PERSONAS A CARGO N°: _____ CORREO: _____

INFORMACIÓN PERSONAL

CELULAR: _____ TELEFONO FIJO: _____ OTRO: _____

NIVEL ESCOLARIDAD: PRIMARIA ☐ BACHILLER ☐ TÉCNICO ☐ UNIVERSITARIO ☐ OTRO ☐ CUÁL _____

ES FUNCIONARIO PÚBLICO SI ☐ NO ☐ MANEJA RECURSOS PÚBLICOS SI ☐ NO ☐

TIENE VÍNCULOS CON UNA PERSONA PÚBLICAMENTE RECONOCIDA SI ☐ NO ☐

REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA SI ☐ NO ☐ CUÁL _____

RESIDE EN VIVIENDA: PROPIA CON HIPOTECA ☐ PROPIA SIN HIPOTECA ☐ FAMILIAR ☐ ARRENDADA ☐

CANÓN DE ARRENDAMIENTO \$ _____ NOMBRE ARRENDADOR _____

TELÉFONO DE CONTACTO _____

DIRECCIÓN RESIDENCIA _____ CIUDAD _____

BARRIO _____ ESTRATO _____ TIEMPO RESIDENCIA _____

VEHÍCULO: MARCA _____ PLACA _____ MODELO _____ VALOR COMERCIAL \$ _____

DILIGENCIE SEGÚN SU ACTIVIDAD ECONÓMICA

EMPLEADO / PENSIONADO

NOMBRE EMPRESA _____ ANTIGÜEDAD DD - MM - AA CARGO _____

TIPO DE CONTRATO _____ DIRECCIÓN EMPRESA _____

CIUDAD _____ TELÉFONO _____ SALARIO \$ _____ CORREO _____

NOMBRE EMPRESA ANTERIOR _____ ANTIGÜEDAD EMPLEO ANTERIOR _____

OTROS INGRESOS \$ _____ MOTIVO OTROS INGRESOS _____

EPS _____

INDEPENDIENTE

DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA _____ ANTIGÜEDAD _____

NOMBRE DE LA EMPRESA O ESTABLECIMIENTO _____ CÓDIGO CIU _____

DIRECCIÓN _____ TELÉFONO _____

CORREO _____ CELULAR _____

INGRESOS \$ _____ NIT _____ NÚMERO EMPLEADOS _____

OTROS INGRESOS \$ _____ MOTIVO OTROS INGRESOS _____

NOMBRE DEL CONTADOR _____ CELULAR _____ TEL. FIJO _____

TARJETA PROFESIONAL No. _____ E-MAIL: _____

EPS _____

TRANSPORTADOR

NOMBRE EMPRESA AFILIACIÓN DEL _____ TEL. EMPRESA _____

VEHÍCULO PLACA VEHÍCULO _____ MARCA _____ MODELO _____ INGRESOS \$ _____

OTROS INGRESOS \$ _____ MOTIVO OTROS INGRESOS _____

EPS _____

CONYUGE

PRIMER APELLIDO _____ SEGUNDO APELLIDO _____

PRIMER NOMBRE _____ SEGUNDO NOMBRE _____

CELULAR: _____ EMPRESA DONDE LABORA _____ INGRESOS \$ _____

CORREO _____ TEL. OFICINA _____ EXT. _____

TIPO DE DOCUMENTO CC ☐ CE ☐ _____ EPS _____

REFERENCIAS PERSONALES QUE NO VIVAN CON USTED

NOMBRE COMPLETO _____
 CELULAR _____ CIUDAD _____
 TELÉFONO RESIDENCIA _____
 TELÉFONO OFICINA _____ EXT _____
 CORREO ELECTRÓNICO _____
 DIRECCIÓN _____

1. REFERENCIA FAMILIAR

NOMBRE COMPLETO _____
 CELULAR _____ CIUDAD _____
 TELÉFONO RESIDENCIA _____
 TELÉFONO OFICINA _____ EXT _____
 CORREO ELECTRÓNICO _____
 DIRECCIÓN _____

1. REFERENCIA COMERCIAL

EMPRESA _____
 CONTACTO _____
 CELULAR _____
 TELÉFONO FIJO _____
 CIUDAD _____
 CORREO _____

NOMBRE COMPLETO _____
 CELULAR _____ CIUDAD _____
 TELÉFONO RESIDENCIA _____
 TELÉFONO OFICINA _____ EXT _____
 CORREO ELECTRÓNICO _____
 DIRECCIÓN _____

2. REFERENCIA FAMILIAR

NOMBRE COMPLETO _____
 CELULAR _____ CIUDAD _____
 TELÉFONO RESIDENCIA _____
 TELÉFONO OFICINA _____ EXT _____
 CORREO ELECTRÓNICO _____
 DIRECCIÓN _____

2. REFERENCIA COMERCIAL

EMPRESA _____
 CONTACTO _____
 CELULAR _____
 TELÉFONO FIJO _____
 CIUDAD _____
 CORREO _____

1. ¿Sufre usted de alguna enfermedad?: Si ☐ No ☐

2. ¿Tiene usted sobre peso?: Si ☐ No ☐

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

- Declaro que mis recursos y los que utilizaré no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquiera otra norma concordante o que adicione. País origen de los recursos Colombia.
- No admitiré que terceros efectúen depósitos a mis cuentas con recursos provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier otra norma que lo adicione, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas, relacionadas con las mismas.

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS

Autorizo a AUTOFINANCIERA S.A. con domicilio principal en la Carrera 7a No. 24-89 Piso 17 de la torre Colpatría de Bogotá, como responsable del tratamiento de mis datos, para que cualquier información incluida en este documento, o en los documentos emanados del proceso de suscripción, adjudicación y entrega derivados del contrato de autofinanciamiento comercial, sea compilada, almacenada, consultada, usada, procesada, compartida, para efectos de a) la vinculación como suscriptor del sistema de autofinanciamiento comercial, b) para la atención, análisis y en general toda gestión necesaria para la ejecución del contrato, en especial el cumplimiento de las obligaciones contractuales y del objeto social de AUTOFINANCIERA S.A c) realizar a través de medios telefónicos, electrónicos (SMS, chat, correo electrónico y demás medios considerados electrónicos), físicos y/o personales, en forma directa o a través de terceros, actividades de mercadeo, promoción y/o publicidad propia o de terceros, venta, facturación, gestión de cobranza, recaudo, evaluar y mejorar el servicio, verificaciones y consultas en bases de datos y otras nacionales o internacionales, habilitación de medios de pago, prevención de fraude. Declaro que he sido informado de 1) la existencia de las Políticas de Tratamiento, las cuales se encuentran publicadas en la www.autofinanciera.com.co y también pueden ser solicitadas al teléfono 4441700 de la ciudad de Bogotá 2) Que me asisten los derechos establecidos en la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios o demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen, en especial: a). conocer, actualizar, rectificar mis datos personales; b). solicitar la prueba de la autorización otorgada; c). ser informado sobre el uso que se da a sus datos personales; d). presentar quejas por infracciones a lo dispuesto en las normas de datos personales; 3) que la información que suministro sobre niños, niñas y adolescentes responde y respeta su interés superior y sus derechos fundamentales.

AUTORIZACIÓN CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE INFORMACIÓN

Autorizo de manera expresa a AUTOFINANCIERA S.A. o a quien represente sus derechos para que, en cualquier momento, con fines estadísticos, de control, supervisión y de información comercial a otras entidades, procese, reporte, conserve, consulte, suministre o actualice información de carácter financiero, comercial, crediticio y personal a las centrales de información o bases de datos debidamente constituidas que estimen conveniente, en los términos o el tiempo en que los sistemas de bases de datos, las normas y las autoridades lo establezcan, adicionalmente, doy idéntica y expresa autorización respecto de toda la información que sobre mi historia laboral, historial de aportes y cotizaciones, ingreso base de cotización, relaciones laborales y prestaciones pensionales se encuentre contenida en las bases de información del Régimen de Ahorro individual con Solidaridad (RAIS), así como toda aquella allí contenida, por las veces que se requiera, y que se encuentre administrada por la Asociación Colombiana de Administradoras Fondos de Pensiones (Asofondos de Colombia) Nit:800.226.061-2 y por las Administradoras de Fondos de Pensiones en cuyo fondo de pensiones obligatorias administrado por ellas o las entidades seleccionada por la SAPAC, que he estado vinculado. La consecuencia de esta autorización será la inclusión de mi información en las mencionadas bases de datos y por tanto las entidades del sector financiero, asegurador o de cualquier otro sector afiliadas a dichas centrales, conocerán mi comportamiento presente y pasado relacionado con mis obligaciones financieras, comerciales, crediticias y personales. Lo anterior dando cumplimiento a lo establecido en la Ley 1266 de 2008 (Ley de Habeas Data), o demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.

- Las declaraciones y autorizaciones son aceptadas con la firma del presente documento-

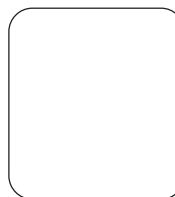
- Las declaraciones y autorizaciones son aceptadas con la firma del presente documento-

TENGA EN CONSIDERACIÓN

Tenga en cuenta que para iniciar el proceso de análisis y estudio de capacidad de pago de su codeudor, el suscriptor deberá cancelar el valor estipulado por la SAPAC (valor unitario por codeudor presentado).

Si ☐ No ☐ ADJUNTO SOPORTE DE PAGO CAPACIDAD DE ANÁLISIS

FIRMA _____
 NOMBRES _____
 APELLIDOS _____
 C.C. _____



HUELLA

SEDE PRINCIPAL

Carrera 7 No. 24 - 89 piso 17 - PBX: (601) 444 1700 opción 1 - Celular: 300 912 2677
 Chat de Whatsapp: 311 777 4396 - Email: servicioalcliente@autofinanciera.com.co

AutofinancieraColombiaSA Autofinanciera.co Autofinanciera S.A.

www.autofinanciera.com.co - Bogotá - Colombia

CARTA DESTINO

Fecha _____

Señores

AUTOFINANCIERA S.A.

Ciudad

En atención a que salí adjudicado en las asambleas realizadas en el mes de _____, me permito manifestar lo siguiente:

1. Informo las características del bien que solicito a ser entregado, así:

Marca:	
Modelo Año:	
Color:	

Referencia:			
Servicio solo Vehículos:	Publico		Particular
Colores Opcionales:			

2. Declaro que conozco y acepto que en desarrollo de la presente solicitud la Sociedad Administradora de Planes de Autofinanciamiento Comercial hará una orden de pedido al proveedor autorizado y que, por tanto, se generarán una serie de costos y gastos asociados a la transferencia de propiedad a mi favor tales como pago de matrícula, SOAT, impuestos de registro y entre otros.
3. En desarrollo de lo anterior, reconozco que en caso de no aceptar la entrega del bien descrito cuando este se encuentre a mi favor, asumiré la totalidad de los costos y erogaciones que tenga que asumir la Sociedad Administradora de Planes de Autofinanciamiento Comercial, especial pero no exclusivamente los relacionados con la transferencia de la propiedad del bien a un tercero y/o cualquier impuesto adicional que se genere.
4. En el caso descrito, declaro aceptar que se hagan los descuentos que procedan de las sumas de dinero que la Sociedad Administradora de Planes de Autofinanciamiento Comercial deba restituir con ocasión de la retractación del negocio. En caso de que dichas sumas sean insuficientes declaro conocer y aceptar que dichas sumas serán parte de las adeudadas a la Sociedad

SEDE PRINCIPAL

Carrera 7 No. 24 - 89 piso 17 - PBX: (601) 444 1700 opción 1 - Celular: 300 912 2677
Chat de Whatsapp: 311 777 4396 - Email: servicioalcliente@autofinanciera.com.co

 AutofinancieraColombiaSA  Autofinanciera.co  Autofinanciera S.A.

www.autofinanciera.com.co - Bogotá - Colombia

Administradora de Planes de Autofinanciamiento Comercial quien podrá ejecutar los documentos de deuda que tenga para el efecto.

5. En el momento de la asignación del bien por parte del concesionario, si el bien es facturado por de mayor valor al adjudicado por incremento de precio, me comprometo a asumir la diferencia en contra y cancelarla al momento de la firma de papeles en el concesionario.
6. Conozco que a partir de la entrega del bien será incluido en la póliza colectiva de vida y el bien debe estar asegurado contra todo riesgo, teniendo en cuenta que este valor de seguro será cobrado junto con la cuota mensual del plan.
7. Declaro que conozco y acepto que la asignación del vehículo está sujeto a disponibilidad del concesionario que ha sido seleccionado durante mi proceso.

Cordialmente,

Firma Suscriptor

Cédula No. _____

Nombre: _____

Tel. _____

Ciudad de residencia: _____

Firma Suscriptor conjunto (Si aplica)

Cédula No. _____

Nombre _____

Tel. _____

Ciudad de residencia: _____

SEDE PRINCIPAL

Carrera 7 No. 24 - 89 piso 17 - PBX: (601) 444 1700 opción 1 - Celular: 300 912 2677
Chat de Whatsapp: 311 777 4396 - Email: servicioalcliente@autofinanciera.com.co

 AutofinancieraColombiaSA  Autofinanciera.co  Autofinanciera S.A.

www.autofinanciera.com.co - Bogotá - Colombia



Póliza No.

Tomador

NIT

Clave intermediario

Fecha de solicitud

D

M

A

Datos generales del solicitante

1er apellido

2do apellido

Nombre(s)

Tipo y No. de documento

Fecha de expedición

Lugar de expedición

Sexo

Fecha de nacimiento

C.C. ☐ C.E. ☐ NIT ☐

D

M

A

M

F

D

M

A

Lugar de nacimiento

Nacionalidad

Estado civil

Soltero ☐

Casado ☐

Separado ☐

Viudo ☐

Divorciado ☐

Unión libre ☐

E-mail

Celular

Teléfono residencia

Dirección residencia

Ciudad de residencia

Departamento

Dirección de correspondencia

Empresa donde trabaja

Cargo que desempeña

Dirección de trabajo

Ciudad

Teléfono

¿Está su vida protegida por algún seguro, tal como Vida Individual, Accidentes Personales, Colectivo de vida? (Relaciónelos)

Clase de seguro

Compañía

Póliza número

Valor asegurado

Amparos para el asegurado principal

Edad

V/R Asegurado

Vida

Indemnización por Muerte Accidental y Beneficios por Desmembración

Incapacidad Total y Permanente

Enfermedades Graves

Últimos Gastos

Renta Diaria por Hospitalización

Renta Diaria por Incapacidad PostHospitalaria

Bono

Beneficiarios del seguro

Nombres y Apellidos

Parentesco

Calidad

Participación

Autorización de tratamiento de datos personales

Ante Compañía de Seguros Bolívar S.A., Seguros Comerciales Bolívar S.A., Capitalizadora Bolívar S.A., (en adelante LAS COMPAÑÍAS), declaro que:

La falta de veracidad y exactitud de la información suministrada y consignada en este documento en todas sus partes será causal de nulidad del contrato de seguro (Artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio), igualmente declaro haber entendido las condiciones generales de asegurabilidad tales como coberturas, exclusiones, valores asegurados, garantía u los que haya a lugar.

Esta información forma parte integral del contrato de seguro. Conozco y doy fe que este documento servirá como base para el análisis en el momento de una indemnización, aceptación del riesgo en caso de requerirse y posterior emisión del seguro cuando haya valoración del riesgo. De conformidad con lo estipulado en el artículo 34 de la Ley 23 de 1981, autorizo expresamente a LAS COMPAÑÍAS para tener acceso a mi historia clínica y a todos aquellos datos que en ella se registren o lleguen a ser registrados y a obtener copia de ese documento y de sus anexos y para compartir, reportar, procesar, solicitar, suministrar o divulgar a cualquier entidad legalmente autorizada para manejar o administrar base de datos, con las entidades del sector financiero, asegurador y con las demás entidades subordinadas o controladas de Sociedades Bolívar S.A. toda mi información personal que reposa en sus archivos para propósitos comerciales, con el fin de recibir una atención integral como cliente de esta última. Este mandato especial quedará vigente aun después de mi fallecimiento, atendiendo lo dispuesto en los artículos 2195 del Código Civil y 1284 del Código de Comercio.

La Compañía de Seguros Bolívar S.A. se reserva todos los derechos que puedan asistirle en caso de que antes o después de mi fallecimiento se compruebe que esta declaración no correspondía a la verdad en el momento de aceptarse el seguro (artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio).

Nombre de su E.P.S. _____ Nombre de su medicina prepagada _____

Para constancia de lo anterior, se suscribe el presente documento a los _____ días del mes de _____ del año _____.

IMPORTANTE: NO FIRME SIN ANTES LEER Y ENTENDER EL CONTENIDO DEL PRESENTE DOCUMENTO.

FIRMA SOLICITANTE

Doc. de ident.: _____ No. _____

Huella índice derecho

Fecha			Solicitud - Certificado
DD	MM	AA	

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

EL PRESENTE CUESTIONARIO Y CUALQUIER INFORMACIÓN ADICIONAL RESPECTO A SU ESTADO DE SALUD Y EL DE SU CÓNYUGE, SI SE ASEGURA, ES FUNDAMENTAL PARA QUE LA ASEGURADORA PUEDA CONOCER EL ESTADO DEL RIESGO Y DEFINIR SI LE(S) OTORGA LA COBERTURA; POR LO TANTO, SI ALGUNA DE LAS RESPUESTAS FUERE AFIRMATIVA, TANTO PARA USTED COMO PARA SU CÓNYUGE, ABSTÉNGASE DE FIRMAR (aplica solamente cuando se trata de productos del CANAL VIDA GRUPO HOMOGÉNEOS) Y SOLICITE MAYOR INFORMACIÓN PARA ANALIZAR CON USTED OTRAS ALTERNATIVAS DE ASEGURAMIENTO. COMUNIQUESE CON LA RED 322 01 8000 123 322, DESDE TELÉFONOS MÓVILES #322 O CON SU ASESOR DE SEGUROS.

***PARA LOS PRODUCTOS VIDA GRUPO COLECTIVO, PLAN TUTOR) SI ALGUNA DE LAS RESPUESTAS FUERE AFIRMATIVA, TANTO PARA USTED COMO SU CÓNYUGE (si se asegura), AMPLÍE LA INFORMACIÓN EN EL NUMERAL 8 DE ESTA DECLARACIÓN.**

	Principal		Cónyuge	
	SI	NO	SI	NO
• ¿Sufrir usted de enfermedades crónicas del corazón, de los pulmones, cáncer, diabetes o recibe tratamiento con inmunosupresores?	☐	☐	☐	☐
• ¿Ha contraído usted el coronavirus o está en aislamiento sanitario debido a sospecha de contagio con el coronavirus?	☐	☐	☐	☐
• ¿Ha experimentado en los últimos 14 días de manera repentina tos o dolor de garganta junto con fiebre?	☐	☐	☐	☐
• ¿Ha viajado durante los últimos 14 días al exterior o tiene planificado algún viaje al exterior?	☐	☐	☐	☐
1. ¿Le han diagnosticado, ha recibido o recibe en la actualidad tratamiento por alguna de las siguientes enfermedades y/o síntomas?				
1.1. Hipertensión arterial.	☐	☐	☐	☐
1.2. Diabetes o niveles elevados de azúcar en la sangre	☐	☐	☐	☐
1.3. Niveles aumentados de triglicéridos o colesterol.	☐	☐	☐	☐
1.4. Obesidad.	☐	☐	☐	☐
1.5. Problemas de Disfonía o pérdida de la voz en forma frecuente.	☐	☐	☐	☐
1.6. Cáncer de cualquier tipo.	☐	☐	☐	☐
1.7. Insuficiencia renal, glomerulonefritis.	☐	☐	☐	☐
1.8. Convulsiones, desmayos (más de un episodio), parálisis de alguna extremidad, dolores de cabeza frecuentes (uno o más por semana), esclerosis múltiple.	☐	☐	☐	☐
1.9. Asma, bronquitis crónica o EPOC	☐	☐	☐	☐
1.10. Cirrosis, Hepatitis B o C	☐	☐	☐	☐
1.11. VIH, SIDA, tuberculosis.	☐	☐	☐	☐
1.12. Artritis, artrosis, fibromialgia, gota, lupus.	☐	☐	☐	☐
1.13. Leucemia, linfoma, púrpura, anemia, problemas de coagulación en la sangre.	☐	☐	☐	☐
1.14. Hemorragias digestivas, obstrucción intestinal, diverticulosis.	☐	☐	☐	☐
1.15. Enfermedades o problemas del corazón de cualquier índole.	☐	☐	☐	☐
1.16. Enfermedades psiquiátricas.	☐	☐	☐	☐
1.17. Depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático, trastorno bipolar, esquizofrenia.	☐	☐	☐	☐
1.18. Glaucoma, ambliopía, queratocono, ceguera de un ojo o ambos ojos.	☐	☐	☐	☐
1.19. Disminución de la audición en uno o ambos oídos.	☐	☐	☐	☐
1.20. Aneurisma cerebral, aneurisma aórtico.	☐	☐	☐	☐
2. ¿Presenta actualmente alguna alteración anatómica o funcional que limite su actividad diaria?	☐	☐	☐	☐
3. ¿Presenta alguna alteración mental que limite su actividad diaria?	☐	☐	☐	☐
4. ¿Tiene programada dentro de los próximos 12 meses practicarse alguna cirugía?	☐	☐	☐	☐
5. ¿Tiene o ha tenido adicción al alcohol o a las drogas?	☐	☐	☐	☐
6. ¿Practica ocasional o regularmente motociclismo, automovilismo, bungee jumping, puenting, rafting, downhill, buceo, vuelo en cometa, paracaidismo, montañismo, vuelo en ultraliviano o deportes extremos de alguna índole?	☐	☐	☐	☐
7. ¿Ha sido indiciado, sindicado o condenado por la justicia penal?	☐	☐	☐	☐
8. En caso de respuesta positiva a cualquiera de las preguntas anteriores favor detallar la información	☐	☐	☐	☐

No. PREGUNTA	DESCRIPCIÓN RESPUESTA	OBSERVACIONES

9. ¿Su estado de salud presenta otra circunstancia no relacionada en los numerales anteriores? En caso afirmativo indicar cual:

10. ¿Sus actividades y ocupaciones, así como su trabajo han sido y son lícitas y las ha ejercido y las ejerce dentro de los marcos legales?	SI	NO	SI	NO
	☐	☐	☐	☐

PREGUNTAS PARA EL ANEXO DE ENFERMEDADES GRAVES: (SI APLICA)

11. ¿En su núcleo familiar cercano (padres y hermanos) existen dos o más antecedentes de alguna de las enfermedades mencionadas en el numeral 1 de este documento?	SI	NO	SI	NO
	☐	☐	☐	☐

En caso afirmativo confirme parentesco y cual es la enfermedad presentada: _____

NOTA: La falta de veracidad y exactitud de la información suministrada y consignada en este documento en todas sus partes sería causal de nulidad del contrato de seguro, igualmente declaro haber sido informado sobre las condiciones generales del seguro tales como coberturas, exclusiones, valores asegurados, garantías entre otras.

Autorización de información médica

Para efectos y en desarrollo de la póliza de seguro de vida, autorizo irrevocablemente a cualquier médico, clínica, hospital y en general a cualquier institución oficial o privada, para que suministre a la Compañía de Seguros Bolívar S.A. toda la información que ésta requiera sobre mi estado de salud e historia clínica; y de conformidad con lo dispuesto en el artículo 34 de la Ley 23 de 1981, autorizo a la Compañía para solicitar y recibir de cualquier entidad de salud mi historia clínica y todos aquellos datos que en ella se registren, así como sus anexos. Este mandato especial quedará vigente aún después de mi fallecimiento atendiendo a lo especificado en los artículos 2195 del Código Civil y 1284 del Código de Comercio. La Compañía queda autorizada para tener acceso a dicha información y conservarla en sus archivos.

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

ASEGURADO PRINCIPAL
NOMBRE.
C.C.

CÓNYUGE
NOMBRE.
C.C.



Huella índice derecho
Asegurado principal

FORMA GR-125 (Rev. Julio /20)

CARTA DE NO PRESENTACION DE EXTRACTOS

Señores
AUTOFINANCIERA
CIUDAD

Yo, _____ identificado(a) con cedula de ciudadanía No. _____ de _____, declaro bajo gravedad de juramento que por mi actividad económica de _____, los ingresos obtenidos y el patrimonio que poseo, es recibido en su totalidad en **EFFECTIVO**, con moneda corriente nacional.

☐ No estoy obligado a presentar los siguientes documentos	☐ Certificado de ingresos y retenciones ☐ Declaración de renta ☐ Estados financieros certificados o dictaminados
☐ Estoy obligado a presentar la Declaración de Renta, pero me abstengo de aportarla por el siguiente motivo:	_____ _____ _____
Para Empleados públicos ☐ Como empleado Público manifiesto que no manejo Recursos del Estado	

En constancia de la anterior, firmo el presente documento, a los () Día del mes de _____ del año (2024). En la Ciudad de Bogotá D.C.

Firma del cliente

Documentos mínimos requeridos por Autofinanciera para vinculación de suscriptores persona natural:

- Fotocopia del documento de identificación (cédula de ciudadanía).
- Constancia de ingresos (honorarios, laborales, extractos de cuentas ahorro, movimientos cuentas Nequi o Daviplata y/o el documento que corresponda).
- Declaración de renta del último período gravable disponible.
- Estados financieros certificados o dictaminados a la última fecha de corte disponible al momento de apertura, cuando aplique.

Cabe resaltar que la utilización de este documento, no lo exonera de la solicitud de un codeudor dentro de su estudio, esto con el fin de que de un soporte en su plan ya sea de índole económico con el pago de sus cuotas futuras, o por el incumplimiento de su parte de alguno de los requisitos tenidos en cuenta dentro del proceso de validación, análisis y resultado a su adjudicación. Por tal razón se recomienda que, mientras se realiza el análisis de su documentación, de su parte pueda realizar la búsqueda de una persona que reúna los requisitos necesarios para ser incluido dentro de su proceso realizando la labor de codeudor.

Nota: cumplimiento a la Circular 025 de junio de 2003 de la Superintendencia Bancaria de Colombia.

SEDE PRINCIPAL Y ADMINISTRATIVA

Carrera 7 No. 24-89 - Piso 17
PBX: (571) 444 1700 - Cel. (300) 912 26 77
Email: servicioalcliente@autofinanciera.com.co
Bogotá - Colombia

www.autofinanciera.com.co