

SOLICITUD DE DEVOLUCIONES



Diligencie completamente el formulario en forma legible, sin enmendaduras y anexe los documentos según corresponda la devolución o el caso. Esta solicitud será tramitada siempre y cuando cumpla con los requisitos que a continuación se describen.

Ciudad	Fecha de solicitud:	Grupo y Número
--------	---------------------	----------------

TIPO DE SOLICITUD

Devolución por Oferta	<input type="checkbox"/>	Devolución Término de Grupo	<input type="checkbox"/>
Devolución por Sorteo/Cuotas Netas	<input type="checkbox"/>	Devolución Primera Inversión o Abono	<input type="checkbox"/>
Devolución por Cliente Fallecido	<input type="checkbox"/>	Devolución Valor Mayor pago	<input type="checkbox"/>

INFORMACIÓN BÁSICA DEL SOLICITANTE (Beneficiario, Apoderado y/o Cliente)

Tipo de Documento de Identidad			No. del Documento de Identidad	De:
CC <input type="checkbox"/>	CE <input type="checkbox"/>	Otra <input type="checkbox"/>	¿Cuál? _____	
Nombre (s) completo(s)				Teléfonos/Celular
Dirección de residencia		Barrio	Ciudad	Departamento
Correo electrónico				

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CLIENTE

Cliente 1			Cliente 2 (conjunto)		
Nombre	Cédula	Celular	Nombre	Cédula	Celular
Correo electrónico			Correo electrónico		

CUENTA BANCARIA PROPIA

Banco	N° Cuenta	Ahorro	<input type="checkbox"/>	Corriente	<input type="checkbox"/>
A nombre de:					

EN CASO DE NO CONTAR CON UNA CUENTA PROPIA AUTORIZO GIRAR A NOMBRE DE UN TERCERO

Dado que no poseo cuenta Bancaria, autorizo que el desembolso por concepto de devolución se realice a la cuenta:

Banco	N° Cuenta	Ahorro	<input type="checkbox"/>	Corriente	<input type="checkbox"/>
A nombre de:					

DOCUMENTOS PARA TODAS LAS DEVOLUCIONES

<input type="checkbox"/>	Formato de solicitud de devolución autenticado por el titular (es) del plan y tercero titular de la cuenta bancaria (Si aplica) / (Vigencia 30 días).
<input type="checkbox"/>	Fotocopia de la cédula correspondiente al titular (es) del plan ampliada al 150%
<input type="checkbox"/>	Fotocopia de la cédula correspondiente al tercero titular de la cuenta bancaria ampliada al 150% (Si aplica).
<input type="checkbox"/>	Certificación de la cuenta Bancaria a la cual se va a realizar el pago con una vigencia no mayor a sesenta (60) días.

ANEXE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS SEGUN CORRESPONDA EL TIPO DE DEVOLUCION

DEVOLUCIONES DE OFERTA Y PRIMERA INVERSIÓN O ABONO

<input type="checkbox"/>	Original del comprobante de pago con firma y huella del suscriptor
--------------------------	--

DEVOLUCIONES PRIMERA INVERSIÓN O ABONO CON PAGOS DE TARJETA DÉBITO O CRÉDITO

<input type="checkbox"/>	Movimiento Bancario de la Tarjeta de Crédito o Débito
--------------------------	---

CUANDO EL SOLICITANTE ES UN TERCERO

<input type="checkbox"/>	Poder autenticado del titular (es) del plan
--------------------------	---

CUANDO EL TITULAR HA FALLECIDO

<input type="checkbox"/>	Juicio de sucesión o la liquidación notarial en donde consten las partidas y las adjudicaciones de los herederos
<input type="checkbox"/>	En caso de múltiples beneficiarios anexe el formato de autorización para desembolso a un heredero en representación de los beneficiarios

Le recordamos que este formato debe tener la firma de (los) titular (es) autenticada, así como la del titular de la cuenta bancaria con una vigencia no mayor a (30) días.

CLAUSULA RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO

AUTOFINANCIERA S.A. en cumplimiento de la regulación vigente señalada en la Circular Básica Jurídica expedida por la Superintendencia de Sociedades ha implementado un sistema de administración del riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo. En razón a lo anterior, el suscriptor y/o tercero deberá cumplir con las siguientes obligaciones:

- Suministrar la totalidad de la información que **AUTOFINANCIERA S.A.** requiera para efectos del presente contrato de adhesión y en especial la necesaria para dar cumplimiento a las normas de conocimiento del cliente y la prevención y el control del lavado de activos.

- Autorizar a **AUTOFINANCIERA S.A.**, a solicitar o recabar información relativa a EL SUSCRIPTOR y/o tercero por cualquier medio legal y ante cualquier persona o autoridad y a intercambiar información en temas de prevención y control de lavado de activos y/o financiación del terrorismo, así como a cancelar las suscripciones que estén abiertas a su nombre cuando quiera que EL SUSCRIPTOR y/o tercero se encuentre vinculado de alguna manera a listas de pública circulación nacional o internacional relacionadas con delitos tipificados en Colombia como lavado de activos y/o financiación del terrorismo.

- Entregar información veraz y verificable. - Informar por escrito a **AUTOFINANCIERA S.A.** cualquier cambio o modificación de los datos que haya suministrado, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la ocurrencia del respectivo hecho.

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS

PARÁGRAFO: En el evento en que EL SUSCRIPTOR y/o tercero llegase a ser vinculado por parte de las autoridades competentes a cualquier tipo de investigación por delitos de narcotráfico, terrorismo, secuestro, lavado de activos, financiación del terrorismo y administración de recursos relacionados con actividades terroristas u otros delitos relacionados con el lavado de activos y financiación del terrorismo, o cuando sea incluido en listas para el control de lavado de activos y financiación del terrorismo administradas por cualquier autoridad nacional o extranjera, o cuando sea condenado por parte de las autoridades competentes en cualquier tipo de proceso judicial relacionado con la comisión de los anteriores delitos, **AUTOFINANCIERA S.A.** podrá terminar unilateralmente y sin indemnización alguna el presente Contrato de Adhesión y la prestación de todos sus servicios AL SUSCRIPTOR y/o tercero.

AUTORIZACIÓN CONSULTA Y REPORTE EN CENTRALES DE RIESGO

Autorizo a **AUTOFINANCIERA S.A.** con domicilio principal en la Carrera 7ª No. 24-89 Piso 17 de la torre Colpatria de Bogotá, como responsable del tratamiento de mis datos y/o del tercero, 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 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. 4) Que son facultativas las respuestas a las preguntas.

Envíe los documentos en formato PDF legible al correo-e devoluciones@autofinanciera.com.co, o acérquese a la agencia más cercana, consulte horarios y direcciones en nuestra página web www.autofinanciera.com.co

Firma Suscriptor:

Nombre: _____
Cédula: _____
Teléfono: _____
Celular: _____
Ciudad de residencia _____
Dirección _____
correo: _____

Huella

Firma Suscriptor Conjunto:

Nombre: _____
Cédula: _____
Teléfono: _____
Celular: _____
Ciudad de residencia _____
Dirección _____
correo: _____

Huella

Firma Titular de la cuenta (Tercero):

Nombre: _____
Cédula: _____
Teléfono: _____
Celular: _____
Ciudad de residencia _____
Dirección _____
correo: _____

Huella

5 años Autofinanciera