AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.
SOLICITUD INDIVIDUAL DE SEGUROS DE VIDA EN GRUPO

INGRESO ☐ ☐ MODIFICACIÓN ☐

RAMO	GRUPO VIDA	GRUPO DEUDORES ☐	ACCIDENTES PERSONALES ☐
INTERMEDIARIO	AGENTE	AGENCIA ☐	CORREDOR ☐
TOMADOR	NIT	PÓLIZA NO.	
CORREO ELECTRÓNICO	CELULAR	AUTORIZO LA RECEPCIÓN DE MENSAJES DE TEXTO EN MI CELULAR	SI ☐ NO ☐

Con la presente, manifiesto mi deseo 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 AÑO MES DÍA	LUGAR DE NACIMIENTO	OCUPACIÓN		TELÉFONO
DIRECCIÓN DE LA RESIDENCIA			CIUDAD	DEPARTAMENTO
VALOR ASEGURADO SOLICITADO: $				
¿ACTUALMENTE TIENE OTRAS PÓLIZAS DE VIDA EN AXA COLPATRIA? SI ☐ NO ☐			VALOR ASEGURADO: $	

CÓNYUGE ASEGURADO
(Diligencie esta información solo en caso que el programa al que desea vincularse se extiende al cónyuge y/o compañero(a) permanente)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	CÉDULA DE CIUDADANÍA
FECHA DE NACIMIENTO AÑO MES DÍA	LUGAR DE NACIMIENTO	OCUPACIÓN		TELÉFONO
DIRECCIÓN DE LA RESIDENCIA			CIUDAD	DEPARTAMENTO
VALOR ASEGURADO CÓNYUGE Y/O COMPAÑERO(A) PERMANENTE: $				

ASEGURADOS ADICIONALES
(Diligencie esta información solo en caso que el programa al que desea vincularse se extiende a los hijos y/o padres)

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE DOC.	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO AÑO	MES	DÍA	PARENTESCO	VALOR ASEGURADO
							$
							$
							$
							$
							$
							$

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	%

EN CASO DE FALLECIMIENTO DE UN FAMILIAR ASEGURADO (CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PEMANENTE, 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? SI ☐ NO ☐	ÚLTIMA CONSULTA MÉDICA:
¿CUÁL? _____ ¿CUÁNDO? _____	FECHA: _____ MÉDICO/EPS: _____
_____ _____	RESULTADO: _____

1. El Asegurado Principal declara que la personas del grupo familiar (cónyuge y/o compañero(a) permanente, hijos y padres) incluidas como aseguradas en esta póliza lo han autorizado para hacer su inclusión en la misma.
2. Como asegurado principal, garantizo que en este momento de ingreso a la póliza, tanto yo como mi grupo familiar (cónyuge y/o compañero(a) permanente, hijos y padres) nos encontramos en buen estado de salud y que no padecemos, ni hemos 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.
3. Autorizo expresamente a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros o cualquier otra organización o institución a suministrar a AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA 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.
4. Declaro que mi profesión, ocupación u oficio son lícitos y los ejerzo dentro de los marcos legales. Tengo conocimiento, que el presente certificado de seguro, se expide a consideración de la veracidad de estas declaraciones hechas en el momento de la solicitud del seguro: que en el evento de no coincidir ellas estrictamente con la realidad, ésta queda viciada de nulidad (ART. 1058 y 1158 del código de Comercio) y que AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A., se reserva todos los derechos que puedan asistirle en caso que antes o después de producirse el siniestro, se compruebe que estas declaraciones no son verídicas.

ADMINISTRACIÓN DE DATOS

Declaro que toda información que he suministrado y suministraré a AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A. a través de cualquier medio, es veraz, actual, completa, exacta y pertinente. Autorizo libremente y de manera expresa a AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.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 sus obligaciones y derechos para que directamente o a través de terceros lleve a cabo todas las actividades necesarias para: i) estudiar y atender la(s) solicitudes de servicios solicitados por mí en cualquier tiempo, ii) ejercer su derecho de conocer de manera suficiente al cliente/afiliado/usuario con quien se propone entablar 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) solicitudes pudieran originarse y cumplir con las normas y jurisprudencia vigente aplicable, iv) ofrecer conjunta o separadamente con terceros o a nombre de terceros, servicios financieros, comerciales, de seguridad social y conexos, así como realizar campañas de promoción, beneficencia o servicio social o en conjunto con terceros, v) 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. En consecuencia, para las finalidades descritas, AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A. podrá: A Conocer, almacenar y procesar toda la información suministrada por mí en una o varias bases de datos, en el formato que estime más conveniente. B. Ordenar, catalogar, clasificar, dividir o separar la información suministrada por mí. C. Verificar, corroborar, comprobar, validar, investigar o comparar la información suministrada por mí, con cualquier información de que disponga legítimamente, incluyendo aquella conocida por sus matrices, subordinadas, afiliadas o cualquier compañía del Grupo AXA. D. Acceda, consulte, compare y evalúe toda la información que sobre mi 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. E. Analice, procese, evalúe, trate o compare la información suministrada por mí. A los datos resultantes de análisis, procesamientos, evaluaciones, tratamientos y comparaciones, les serán aplicables las mismas autorizaciones que otorgo en este documento para la información suministrada por mí. F. Estudie, analice, personalice y utilice la información suministrada por mí para el seguimiento, desarrollo y/o mejoramiento, tanto individual como general, de condiciones de servicio, administración, seguridad o atención, así como para la implementación de planes de mercadeo, campañas, beneficios especiales y promociones. AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A. podrá compartir con sus accionistas y con las compañías controlantes, controladas, vinculadas, afiliadas o pertenecientes al mismo grupo empresarial, o con los aliados de negocios que se sometan a las condiciones de la presente autorización los resultados de los mencionados estudios, análisis, personalizaciones y usos, así como toda la información y datos personales suministrados por mí. G. Reporte, comunique o permita el acceso a la información suministrada por mí o aquella de que disponga sobre mí. a. A las centrales de riesgo crediticio, financiero, comercial o de servicios legítimamente constituidas, o a otras entidades financieras, de acuerdo con las normas aplicables. b. A los terceros que, en calidad de proveedores nacionales o extranjeros, en el país o en el exterior, de servicios tecnológicos, logísticos, de cobranza, de seguridad o de apoyo general puedan tener acceso a la información suministrada por mí. c. A las personas naturales o jurídicas accionistas de AXA COLPATRIA SEGUROS S.A., y a las sociedades controlantes, controladas, vinculadas, afiliadas o pertenecientes al mismo grupo empresarial. d. A las autoridades públicas que en ejercicio de su competencia y con autorización legal lo soliciten, o ante las cuales se encuentre procedente formular denuncia, demanda, convocatoria a arbitraje, queja o reclamación. e. A toda otra persona natural o jurídica a quien EL CLIENTE autorice expresamente. H.EL CLIENTE tendrá el deber de informar cualquier modificación, cambio o actualización necesaria y será responsable de las consecuencias de no haber advertido oportuna e integralmente sobre cualquier modificación, cambio o actualización necesaria. EL CLIENTE declara haber leído el contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiende sus alcances e implicaciones.

Se firma el presente documento en la ciudad de _____ a los _____ del mes de _____ de _____.

AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.
FIRMA AUTORIZADA

FIRMA DEL ASEGURADO PRINCIPAL
C.C.

HUELLA DEL ÍNDICE DERECHO DEL ASEGURADO PRINCIPAL