



**AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.**  
**SOLICITUD INDIVIDUAL**  
**PÓLIZA DE SEGURO VIDA GRUPO**

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 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	CÉDULA DE CIUDADANÍA	
FECHA DE NACIMIENTO AÑO <input type="text"/> MES <input type="text"/> DÍA <input type="text"/>	LUGAR DE NACIMIENTO	OCCUPACIÓN	ESTATURA	PESO	TELÉFONO
DIRECCIÓN DE LA RESIDENCIA			CIUDAD	DEPARTAMENTO	
VALOR ASEGURADO SOLICITADO: \$					
¿ACTUALMENTE TIENE OTRAS PÓLIZAS DE VIDA EN AXA COLPATRIA?			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	CÉDULA DE CIUDADANÍA	
FECHA DE NACIMIENTO AÑO <input type="text"/> MES <input type="text"/> DÍA <input type="text"/>	LUGAR DE NACIMIENTO	OCCUPACIÓN		TELÉFONO	
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 extienda a los hijos y/o padres)					
NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE DOC.	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	PARENTESCO	VALOR ASEGURADO
			AÑO <input type="text"/> MES <input type="text"/> DÍA <input type="text"/>		\$
			AÑO <input type="text"/> MES <input type="text"/> DÍA <input type="text"/>		\$
			AÑO <input type="text"/> MES <input type="text"/> DÍA <input type="text"/>		\$
			AÑO <input type="text"/> MES <input type="text"/> DÍA <input type="text"/>		\$
			AÑO <input type="text"/> MES <input type="text"/> DÍA <input type="text"/>		\$
			AÑO <input type="text"/> MES <input type="text"/> DÍA <input type="text"/>		\$

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 ASEGUROABILIDAD - ASEGURADO PRINCIPAL				
¿HA SUFRIDO O PADECE ALGUNA ENFERMEDAD?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ÚLTIMA CONSULTA MÉDICA: FECHA: _____ MÉDICO/EPS: _____ RESULTADO: _____		
¿CUÁL?	¿CUÁNDO?			

**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 medio, 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 leguen a ser registrados y obtener copia de ese documento y de sus anexos, salvo lo previsto en el artículo siguiente.
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 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 expedían 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 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 o 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 COMPAÑIAS) serán las entidades Responsables del tratamiento de mis datos personales, los cuales se recolectarán, recolección 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 COMPAÑIAS SU MATRIZ, SUBORDINADAS, AFILIADAS Y EN GENERAL A LAS SOCIEDADES QUE INTEGRAN EL GRUPO AXA, A CUALQUIER RESORARIO 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 MI EN CUALQUIER MOMENTO, Y LEVAN A CABO TODAS LAS ACTIVIDADES DE TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES COMO RECOLECCIÓN, ALMACENAMIENTO, USO, CIRCULACIÓN Y SUPRESIÓN, ENTRE OTROS, NECESARIO PARA CUMPLIR CON LAS SIGUIENTES FINALIDADES: i) ESTUDIAR Y ATENDER LA(S) SOLICITUD(ES) DE SERVICIOS REQUERIDOS POR MI EN CUALquier TIEMPO, ii) EXJERCER SU DERECHO DE CONOCER DE MANERA SUFICIENTE AL CLIENTE/AFILIADO/USUARIO CON QUIEN SE PROPONE ESTABLIR 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) PUEDERAN ORIGINARSE Y CUMPLIR CON LAS NORMAS Y JURISPRUDENCIA VIGENTE APPLICABLE, iv) ATENDER LAS NECESIDADES DE SERVICIO, TÉCNICAS, OPERATIVAS, DE RIESGO O DE SEGURIDAD QUE PUEDERAN SER RAZONABLEMENTE APLICABLES, LO ANTERIOR EN CONSIDERACIÓN

**TEXTO DE REEMPLAZO DE FIRMA:**

Confirme 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 remitirlo al email institucional xxx@xxx.co. 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