



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 <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      |            | CÉDULA DE CIUDADANÍA |  |
|---|------------|-------------------------|-----------------------------|--------------------------|-----|---------------------|------------|----------------------|--|
| FECHA DE NACIMIENTO   |            | LUGAR DE NACIMIENTO     |                             | OCUPACIÓN                |     | ESTATURA            |            | PESO                 |  |
| AÑO   |            | MES                     |                             | DÍA                      |     |                     |            |                      |  |
| 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: \$ |            |                      |  |
| PRIMER APELLIDO   |            | SEGUNDO APELLIDO        |                             | PRIMER NOMBRE            |     | SEGUNDO NOMBRE      |            | CÉDULA DE CIUDADANÍA |  |
| FECHA DE NACIMIENTO   |            | LUGAR DE NACIMIENTO     |                             | OCUPACIÓN                |     |                     |            | TELÉFONO             |  |
| AÑO   |            | MES                     |                             | DÍA                      |     |                     |            |                      |  |
| DIRECCIÓN DE LA RESIDENCIA  |            |                         |                             |                          |     | CIUDAD              |            | DEPARTAMENTO         |  |
| VALOR ASEGURADO CÓNYUGE Y/O COMPAÑERO(A) PERMANENTE: \$   |            |                         |                             |                          |     |                     |            |                      |  |
| 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                 |            | \$                   |  |
| NOMBRES Y APELLIDOS   | PARENTESCO | %                       | TIPO DE IDENTIFICACIÓN      | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN |     |                     |            |                      |  |
|   |            |                         |                             |                          |     |                     |            |                      |  |
|   |            |                         |                             |                          |     |                     |            |                      |  |
|   |            |                         |                             |                          |     |                     |            |                      |  |
|   |            |                         |                             |                          |     |                     |            |                      |  |
|   |            |                         |                             |                          |     |                     |            |                      |  |
|   |            |                         |                             |                          |     |                     |            |                      |  |
| ¿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 1059 y 1159 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.Ci.c: 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.Ci.c: salvo lo previsto en el artículo siguiente (Art. 1153 C.Ci.c), 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 COMPAÑÍAS) 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 COMPAÑÍAS 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 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) 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

**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 numero 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\_\_\_\_

a sus sinergias mutuas y su capacidad conjunta de proporcionar condiciones de servicio más favorables a sus clientes, vi) 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, entendiendo, 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 13771/13, he indicado e 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 COMPAÑÍAS, 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 COMPAÑÍAS ponen a mi disposición como Titular los canales de comunicación relacionados en la sección "Contactámonos" 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 COMPAÑÍAS a las que sucesivamente me vincule. 2. Autorizo a LAS COMPAÑÍAS 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 COMPAÑÍAS, 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 COMPAÑÍAS 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: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL ASEGURADO PRINCIPAL  
CC.

HUELLA DEL ÍNDICE DERECHO  
DEL ASEGURADO PRINCIPAL

VERIFICACIÓN DE DATOS

451002