

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	TELÉFONO	
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: \$						

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	LUGAR DE NACIMIENTO	OCUPACIÓN			TELÉFONO	
AÑO	MES	DÍA				
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 extiende a los hijos y/o padres)							
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		\$

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 ASEGURABILIDAD - ASEGURADO PRINCIPAL			
¿HA SUFRIDO O PADECE ALGUNA ENFERMEDAD?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	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 1058 y 1150 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.Cio: 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.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 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 COMPANÍAS) 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 COMPANÍAS 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 establecer 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

a sus sinergias mutuas y su capacidad conjunta de proporcionar condiciones de servicio más favorables a sus clientes, v) 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 complementan, 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, entendiéndolo, 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 1371/13, 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 COMPANÍAS, 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 COMPANÍAS ponen a mi disposición como Titular los canales de comunicación relacionados en la sección "Contactándonos" de la página web <https://www.axacolpatria.co>.

AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA, REPORTE Y ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN

1. Autorizo de manera expresa e inequívoca la remisión de esta información a las demás entidades de Grupo al que pertenecen LAS COMPANÍAS a las que sucesivamente me vincule. 2. Autorizo a LAS COMPANÍAS para que, en el evento de falsedad, omisión o error en la información que he suministrado o suministré, pueda reproducirla y hacer valer las consecuencias estipuladas por la ley ante cualquier autoridad cuando resulte pertinente. 3. Autorizo de manera irrevocable a LAS COMPANÍAS, 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 COMPANÍAS 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: _____

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 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 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__

FIRMA DEL ASEGURADO PRINCIPAL CC.

HUELLA DEL ÍNDICE DERECHO DEL ASEGURADO PRINCIPAL