

INSTRUCTIVO PARA DILIGENCIAR FORMATO PÓLIZA DE SEGURO VIDA GRUPO - AXXA COLPATRIA

(No valido para solicitud formal)



AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.
SOLICITUD INDIVIDUAL
PÓLIZA DE SEGURO VIDA GRUPO
28/05/2021-1306-P-34-P272//MAYO//2021-D001

MODIFICACIÓN

RAMO	GRUPO VIDA <input type="checkbox"/>	GRUPO DEUDORES <input checked="" type="checkbox"/>	INGRESO
INTERMEDIARIO	AGENTE	AGENCIA	CORREDOR
TOMADOR Bive Fondo de Empleados de La Organización Brinks	NIT 800.084.500-3	PÓLIZA NO.	
CORREO ELECTRÓNICO bive@bive.com.co	CELULAR 318 216 55 84	AUTORIZO LA RECEPCIÓN DE MENSAJES DE TEXTO EN MI CELULAR <input checked="" type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

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		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 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 CÓNNYUGE 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		\$

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	%
Bive Fondo de Empleados de La Organización Brinks	Comercial	100

EN CASO DE FALLECIMIENTO DE UN FAMILIAR ASEGURADO (CÓNNYUGE 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 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 padeczo, 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 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.Co. La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan 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.Co. salvo lo previsto en el artículo siguiente (Art. 1153 C.Co.), 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 recopilarán 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

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 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, 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 1377/13, 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 "Contactanos" 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 suministré, pueda reproducir 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: _____

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____
ORIGINAL DEL CLIENTE - COPIA AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.

FIRMA DEL ASEGURADO PRINCIPAL
CC. _____

HUELLA DEL INDICE DERECHO DEL ASEGURADO PRINCIPAL

Oficina principal: Carrera 7 No. 24 - 89 • Bogotá D.C. - Colombia • www.axacolpatria.co

Línea Integral de Atención al Cliente:

Teléfonos: (57-1) 423 5757 en Bogotá y 01 8000 512620 para el resto del país. • servicioalcliente@axacolpatria.co

Usted también cuenta con la Defensoría del Consumidor Financiero ubicada en la Calle 12 B No. 9-33 Oficina 311, Bogotá D.C., Teléfono: (57-1) 337 4881



Diligenciar todos los campos resaltados en el formato

1 Datos asegurado principal (asociado)

Apellidos, nombres, Cédula, Fecha de nacimiento, Lugar de nacimiento, ocupación, Teléfono, dirección de residencia, ciudad, departamento Valor asegurado solicitado y ¿actualmente tiene otra póliza de vida en Axxa Colpatría?.

“ Conyuge Asegurado, Asegurados adicionales, Beneficiario del seguro, esta información no es requerida en este tipo de seguro y se debe dejar en blanco
NO DILIGENCIAR ”

2 Declaración de Asegurabilidad - Asegurado principal

Es importante que no omita ninguna información de su estado actual de salud e historial médico.

¿Ha sufrido o padece alguna enfermedad?
¿Cuál? ¿Cuándo?
Última consulta médica: Fecha, médico/Eps, resultado.

3 Ciudad, (Fecha); Día, mes y año de cuando diligencia el documento

4 Firma: La Firma del asociado debe ser la misma que en todos los demás documentos de crédito.

*** NO se aceptan firmas digitales.

Número de identificación del asociado