

INGRESO  MODIFICACIÓN

RAMO	GRUPO VIDA <input type="checkbox"/>	GRUPO DEUDORES <input checked="" type="checkbox"/>	ACCIDENTES PERSONALES <input type="checkbox"/>
INTERMEDIARIO <b>Paola Marquez</b>	AGENTE <input checked="" type="checkbox"/>	AGENCIA <input type="checkbox"/>	CORREDOR <input type="checkbox"/>
TOMADOR <b>FONDO EMPLEADOS IBG</b>	NIT <b>801.002.901-6</b>	PÓLIZA 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 <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			VALOR ASEGURADO SOLICITADO: \$	

CÓNYUGE ASEGURADO (Diligencie esta información sólo en caso que el programa al que desea vincularse se extiende al cónyuge y/o compañero(a) permanente)				
PRIMER APELLIDO XXXXXXXXXXXXX	SEGUNDO APELLIDO XXXXXXXXXXXXX	PRIMER NOMBRE XXXXXXXXXXXXX	SEGUNDO NOMBRE XXXXXXXXXXXXX	CÉDULA DE CIUDADANÍA XXXXXXXXXXXXX
FECHA DE NACIMIENTO XXX   XX   XX	LUGAR DE NACIMIENTO XXXXXXXXXXXXX	OCUPACIÓN XXXXXXXXXXXXX	TELÉFONO XXXXXXXXXXXXX	
DIRECCIÓN DE LA RESIDENCIA XXXXXXXXXXXXX			CIUDAD XXXXXXXXXXXXX	DEPARTAMENTO XXXXXXXXXXXXX
VALOR ASEGURADO CÓNYUGE Y/O COMPAÑERO(A) PERMANENTE: \$ XXXXXXXXXXXXX				

ASEGURADOS ADICIONALES (Diligencie esta información sólo 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			PARENTESCO	VALOR ASEGURADO
XXXXXXXXXXXXX	X XXXX	XXXXXXXXXXXXX	XXXX	XXS	XXX	XXXXXXXXXXXXX	\$ XXXX
XXXXXXXXXXXXX	XXXX	XXXXXXXXXXXXX	XXXX	MES	XXX	XXXXXXXXXXXXX	\$ XXX
XXXXXXXXXXXXX	XXXX	XXXXXXXXXXXXX	XXXX	MES	XXX	XXXXXXXXXXXXX	\$ XXXX
XXXXXXXXXXXXX	XXXX	XXXXXXXXXXXXX	XXXX	MES	XXX	XXXXXXXXXXXXX	\$ XXX
XXXXXXXXXXXXX	XXXX	XXXXXXXXXXXXX	XXXX	MES	XXX	XXXXXXXXXXXXX	\$ XXXX

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 POSTERIDAD ALGUNO DE ELLOS DESEA RETIRARSE, LO PODRÁ HACER MEDIANTE COMUNICACIÓN ESCRITA A AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.

BENEFICIARIO DEL SEGURO		
NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	%
XXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXX	XXX
XXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXX	XXX
XXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXX	XXX
XXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXX	XXX
XXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXX	XXX

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? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ÚLTIMA CONSULTA MÉDICA: FECHA _____ MÉDICO/EPS _____
¿CUÁL? _____ ¿CUÁNDO? _____	RESULTADO _____

- El Asegurado Principal declara que las 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.
- 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.
- 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.
- Declaro que mi profesión, ocupación u oficio son lícitos y los ejerzo dentro de los marcos legales. Tengo conocimiento, que en el presente significado 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, esta queda viciada de nulidad (ART. 1058 y 1158 del Código de Comercio) y que AXA COLPATRIA Seguros 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 verdicas.
- De manera irrevocable autorizo a las Compañías de Seguros, e intermediarios de Seguros, con los que mantenga una relación comercial vigente para solicitar, consultar, procesar, suministrar, reportar o divulgar a cualquier entidad válidamente autorizada para manejar o administrar bases de datos, incluidas las entidades gubernamentales, información contenida en este formulario.

Declaro que la información suministrada en el momento de la solicitud es totalmente cierta y confirmable.

Se firma el presente documento en la ciudad de \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.  
FIRMA AUTORIZADA

FIRMA DEL ASEGURADO PRINCIPAL  
C.C.

HUELLA DEL ÍNDICE DERECHO  
DEL ASEGURADO PRINCIPAL

FORMA P285 - JULIO - 2009