BENEFICIARIOS ADICIONALES

PRIMER Y SEGUNDO APELLIDO	PRIMER Y SEGUNDO NOMBRE	PARENTESCO

ANEXO DE ADMINISTRACIÓN DE DATOS - AXA COLPATRIA - DECLARO QUE TODA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO Y SUMINISTRARÉ A AXA COLPATRIA SEGUROS S.A. Y AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A. A TRAVÉS DE CUALQUIER MEDIO, ES VERAZ, ACTUAL, COMPLETA, EXACTA Y PERTINENTE. AUTORIZO LIBREMENTE Y DE MANERA EXPRESA A AXA COLPATRIA SEGUROS S.A. Y AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A. 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 LLEVE A CABO TODAS LAS ACTIVIDADES NECESARIAS PARA: I) ESTUDIAR Y ATENDER LA(S) SOLICITUDES DE SERVICIOS SOLICITADOS 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) SOLICITUDES PUDIERAN ORIGINARSE Y CUMPLIR CON LAS NORMAS Y JURISPRUDENCIA VIGENTE APLICABLE. IV) OFRECER CONJUNTA O SEPARADAMENTE CON TERCEROS O A NOMBRE DE TERCEROS, SERVICIOS FINANCIEROS, COMERCIALES, DE SEGURIDAD SOCIAL Y CONEXOS, ASÍ COMO REALIZAR CAMPAÑAS DE PROMOCIÓN, BENEFICENCIA O SERVICIO SOCIAL O EN CONJUNTO CON TERCEROS. V) 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. EN CONSECUENCIA, PARA LAS FINALIDADES DESCRITAS, AXA COLPATRIA SEGUROS S.A. Y AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A. PODRÁ: A CONOCER, ALMACENAR Y PROCESAR TODA LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA POR MÍ EN UNA O VARIAS BASES DE DATOS, EN EL FORMATO QUE ESTIME MÁS CONVENIENTE. B. ORDENAR, CATALOGAR, CLASIFICAR, DIVIDIR O SEPARAR LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA POR MÍ. C. VERIFICAR, CORROBORAR, COMPROBAR, VALIDAR, INVESTIGAR O COMPARAR LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA POR MÍ, CON CUALQUIER INFORMACIÓN DE QUE DISPONGA LEGÍTIMAMENTE, INCLUYENDO AQUELLA CONOCIDA POR SUS MATRICES, SUBORDINADAS, AFILIADAS O CUALQUIER COMPAÑÍA DEL GRUPO AXA. D. ACCEDA, CONSULTE, COMPARE Y EVALÚE TODA LA INFORMACIÓN QUE SOBRE MI 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, E. ANALICE, PROCESE, EVALÚE, TRATE O COMPARE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA POR MÍ. A LOS DATOS RESULTANTES DE ANÁLISIS, PROCESAMIENTOS, EVALUACIONES, TRATAMIENTOS Y COMPARACIONES, LES SERÁN APLICABLES LAS MISMAS AUTORIZACIONES QUE OTORGO EN ESTE DOCUMENTO PARA LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA POR MÍ. F. ESTUDIE, ANALICE, PERSONALICE Y UTILICE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA POR MÍ PARA EL SEGUIMIENTO, DESARROLLO Y/O MEJORAMIENTO, TANTO INDIVIDUAL COMO GENERAL, DE CONDICIONES DE SERVICIO, ADMINISTRACIÓN, SEGURIDAD O ATENCIÓN, ASÍ COMO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE PLANES DE MERCADEO, CAMPAÑAS, BENEFICIOS ESPECIALES Y PROMOCIONES. AXA COLPATRIA SEGUROS S.A. Y AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A. PODRÁ COMPARTIR CON SUS ACCIONISTAS Y CON LAS COMPAÑÍAS CONTROLANTES, CONTROLADAS, VINCULADAS, AFILIADAS O PERTENECIENTES AL MISMO GRUPO EMPRESARIAL, O CON LOS ALIADOS DE NEGOCIOS QUE SE SOMETAN A LAS CONDICIONES DE LA PRESENTE AUTORIZACIÓN LOS RESULTADOS DE LOS MENCIONADOS ESTUDIOS, ANÁLISIS, PERSONALIZACIONES Y USOS, ASÍ COMO TODA LA INFORMACIÓN Y DATOS PERSONALES SUMINISTRADOS POR MÍ. G. REPORTE, COMUNIQUE O PERMITA EL ACCESO A LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA POR MÍ O AQUELLA DE QUE DISPONGA SOBRE MÍ. A. A LAS CENTRALES DE RIESGO CREDITICIO, FINANCIERO, COMERCIAL O DE SERVICIOS LEGÍTIMAMENTE CONSTITUIDAS, O A OTRAS ENTIDADES FINANCIERAS, DE ACUERDO CON LAS NORMAS APLICABLES. B. A LOS TERCEROS QUE, EN CALIDAD DE PROVEEDORES NACIONALES O EXTRANJEROS, EN EL PAÍS O EN EL EXTERIOR, DE SERVICIOS TECNOLÓGICOS, LOGÍSTICOS, DE COBRANZA, DE SEGURIDAD O DE APOYO GENERAL PUEDAN TENER ACCESO A LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA POR MÍ. C. A LAS PERSONAS NATURALES O JURÍDICAS ACCIONISTAS DE AXA COLPATRIA SEGUROS S.A. Y AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A., Y A LAS SOCIEDADES CONTROLANTES, CONTROLADAS, VINCULADAS, AFILIADAS O PERTENECIENTES AL MISMO GRUPO EMPRESARIAL. D. A LAS AUTORIDADES PÚBLICAS QUE EN EJERCICIO DE SU COMPETENCIA Y CON AUTORIZACIÓN LEGAL LO SOLICITEN, O ANTE LAS CUALES SE ENCUENTRE PROCEDENTE FORMULAR DENUNCIA, DEMANDA, CONVOCATORIA A ARBITRAJE, QUEJA O RECLAMACIÓN. E. A TODA OTRA PERSONA NATURAL O JURÍDICA A QUIEN EL CLIENTE AUTORICE EXPRESAMENTE. H.EL CLIENTE TENDRÁ EL DEBER DE INFORMAR CUALQUIER MODIFICACIÓN, CAMBIO O ACTUALIZACIÓN NECESARIA Y SERÁ RESPONSABLE DE LAS CONSECUENCIAS DE NO HABER ADVERTIDO OPORTUNA E INTEGRALMENTE SOBRE CUALQUIER MODIFICACIÓN, CAMBIO O ACTUALIZACIÓN NECESARIA. EL CLIENTE DECLARA HABER LEÍDO EL CONTENIDO DE ESTA CLÁUSULA Y HABERLA COMPRENDIDO A CABALIDAD, RAZÓN POR LA CUAL ENTIENDE SUS ALCANCES E IMPLICACIONES.

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD: (ASEGÚRESE DE LEER ESTO ANTES DE FIRMAR)

1. MI ESTADO ACTUAL DE SALUD ES NORMAL. NO PADEZCO NI HE PADECIDO ENFERMEDADES CONGÉNITAS O QUE INCIDAN SOBRE LOS SISTEMAS ORGÁNICOS DEL CUERPO HUMANO, EN LA ACTUALIDAD NO SUFRO ENFERMEDADES, AFECCIONES O ADICCIONES QUE REPERCUTAN DIRECTAMENTE SOBRE MI ESTADO DE SALUD Y QUE FUMO MENOS DE DIEZ (10) CIGARRILLOS AL DÍA. NO TENGO PENDIENTES TRATAMIENTOS O INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS. NO PADEZCO DE LESIONES O SECUELAS DE ORIGEN TRAUMÁTICOS O PATOLÓGICOS QUE AFECTEN MI SALUD Y QUE ADEMÁS NO TENGO OBESIDAD, CERTIFICO TAMBIÉN QUE NO HE SIDO EXTRAPRIMADO O RECHAZADO EN ESTA U OTRA COMPAÑÍA AL TOMAR UN SEGURO DE VIDA
2. TANTO MIS ACTIVIDADES COMO PROFESIÓN, OCUPACIÓN U OTROS OFICIOS SON LÍCITOS Y LOS EJERZO DENTRO DE LOS MARCOS LEGALES Y ADICIONALMENTE NO PRACTICO DEPORTES O ACTIVIDADES QUE AFECTEN MI INTEGRIDAD. NO OBSTANTE LO ANTERIOR EN CASO DE QUE SE COMPROBARE QUE MI OFICIO, PROFESIÓN O ACTIVIDAD NO CORRESPONDEN A LA DECLARADA EN LA PRESENTE SOLICITUD, LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS SE ABSTENDRÁN DE AFECTAR LA PÓLIZA Y PAGAR EL VALOR ASEGURADO.
3. LOS DINEROS CON LOS QUE ADQUIRÍ MIS BIENES Y LOS UTILIZADOS PARA PAGAR LA PRIMA DEL SEGURO NO PROVIENEN DE NINGUNA ACTIVIDAD ILÍCITA CONTEMPLADA EN EL CÓDIGO PENAL COLOMBIANO.
4. LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN ESTE DOCUMENTO SON EXACTAS, COMPLETAS Y VERÍDICAS EN LA FORMA EN QUE APARECEN DESCRITAS. POR TANTO LA FALSEDAD, OMISIÓN, ERROR O RETICENCIA EN ELLAS, TENDRÁN LAS CONSECUENCIAS ESTIPULADAS EN LOS ARTÍCULOS 1058 Y 1158 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.
5. ACEPTO QUE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y MI INCLUSIÓN EN ELLA SEA CONFORME A LA OPCIÓN DE PAGO ESCOGIDA. CON RENOVACIÓN AUTOMÁTICA POR PERÍODOS IGUALES, Y SE RENUEVE AUTOMATICAMENTE A SU VENCIMIENTO SEGÚN EL INCREMENTO DEL VALOR ASEGURADO EN LAS CONDICIONES GENERALES DE CADA PRODUCTO, ESTE INCREMENTO SE HARÁ EN EL ANIVERSARIO DE LA PÓLIZA Y ME OBLIGO AL PAGO DE LA PRIMA QUE SE CAUSE CON EL REAJUSTE DEL VALOR ASEGURADO PARA LOS PRODUCTOS A QUE HAYA LUGAR SEGÚN CONDICIONES PARTICULARES Y GENERALES. EN TODO CASO LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA INICIARA DESDE LAS 00:00 HORAS DEL DÍA SIGUIENTE A LA ACEPTACIÓN DE LA PRESENTE SOLICITUD.
6. AUTORIZO EXPRESAMENTE A LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS PARA REPORTAR, PROCESAR, SOLICITAR, SUMINISTRAR O DIVULGAR A CUALQUIER ENTIDAD QUE MANEJE O ADMINISTRE BASES DE DATOS, TODO LO RELATIVO A MI INFORMACIÓN COMERCIAL EN EL MOMENTO EN QUE ELLA DISPONGA. TAMBIÉN AUTORIZO DE MANERA EXPRESA A CUALQUIER PERSONA NATURAL O JURÍDICA (MÉDICOS I.P.S, E.P.S., CLÍNICAS, HOSPITALES, CENTROS DE SALUD, ETC) QUE ME HAYAN PRESTADO ATENCIÓN MÉDICA PARA QUE SUMINISTREN EN CUALQUIER TIEMPO Y LUGAR LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS PREVIA SOLICITUD, COPIA COMPLETA DE MI HISTORIA CLÍNICA Y QUE TODA INFORMACIÓN QUE ELLA CONSIDERE NECESARIA RESPECTO A MI ESTADO DE SALUD. DE IGUAL FORMA AUTORIZO AL TOMADOR PARA QUE CARGUE A MI CUENTA (AHORROS O CORRIENTE), CRÉDITO O TARJETA DE CRÉDITO ARRIBA INDICADA LAS SUMAS A QUE HAYA LUGAR SEGÚN LA PERIODICIDAD Y PRIMAS DE ACUERDO A LA OPCIÓN ELEGIDA. IGUALMENTE AUTORIZO A BANCO COLPATRIA MULTIBANCA COLPATRIA S.A. (ASEGURADORAS) A QUE EN CASO DE QUE EL PRODUCTO INDICADO EN LA PRESENTE SOLICITUD NO PUEDA SER DEBITADO, SE DESCUENTE EL VALOR DE ESTE SEGURO DE CUALQUIERA DE MIS PRODUCTOS VIGENTES CON EL BANCO COLPATRIA MULTIBANCA COLPATRIA S.A.
7. DECLARO QUE MI CONDICIÓN DE TRABAJADOR DEPENDIENTE O INDEPENDIENTE CORRESPONDE A LAS CONDICIONES PLASMADAS EN OBJETO DEL SEGURO DE DESEMPLEO O INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL.
8. SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES: DECLARO QUE NO PRACTICO DEPORTES DE ALTO RIESGO NI DE MANERA PROFESIONAL.

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES DEL CLIENTE

1. LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA SUPERIOR A 60 DÍAS CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE PAGO PACTADA, PRODUCE LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL SEGURO INDIVIDUAL, CONFORME A LOS ARTÍCULOS 1068 Y 1152 DEL CÓDIGO DE COMERCIO. .
2. ACEPTO QUE EL (LOS) SEGURO (S) ES (SON) ADQUIRIDO (S) DE MANERA VOLUNTARIA Y EL OTORGAMIENTO DEL PRODUCTO BANCARIO SOLICITADO NO ESTÁ CONDICIONADO A LA ADQUISICIÓN DEL (DE LOS) SEGURO (S) ACEPTADO (S) LIBREMENTE CON LA PRESENTE SOLICITUD.
3. AUTORIZO AL BANCO COLPATRIA A COBRAR EL VALOR DE LA PRIMA DEL SEGURO DE FORMA MENSUAL O ANUAL CON CARGO AL PRODUCTO ASEGURADO O AUTORIZADO EN ESTA SOLICITUD.
4. EN CASO DE QUE NO SE REALICE EL COBRO DE LA PRIMA DE SU PÓLIZA EN UN MES, ESTE SALDO PENDIENTE SERÁ CARGADO EN EL PRÓXIMO EXTRACTO JUNTO CON LOS COBROS CORRESPONDIENTES AL MES VIGENTE.
5. **LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA EN ESTE DOCUMENTO ES COMPLETA Y VERÍDICA, POR LO TANTO LA FALSEDAD, OMISIÓN, ERROR O RETICENCIA EN ELLA PRODUCIRÁ LA NULIDAD RELATIVA DEL SEGURO Y DEMÁS CONSECUENCIAS ESTIPULADAS EN LOS ARTÍCULOS 1058 Y 1158 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.**
6. EN EL CASO QUE EL ASEGURADO POR CUALQUIER MOTIVO REALICE CAMBIO DEL PRODUCTO (TARJETA DE CRÉDITO) ASOCIADO AL SEGURO DEBERÁ INFORMAR POR ESCRITO O TELEFÓNICAMENTE A LA ASEGURADORA CON EL FIN DE CONTINUAR CON LOS PAGOS DEL SEGURO Y SEGUIR DISFRUTANDO DE LA COBERTURA ADQUIRIDA.
7. SEGURO DE EXEQUIAS: DECLARO EN MI NOMBRE Y EN EL DEL GRUPO ASEGURADO QUE ACEPTAMOS QUE EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN, DE CONFORMIDAD CON EL CLAUSULADO GENERAL DE LA PÓLIZA, SEA CANCELADO MEDIANTE EL REEMBOLSO EN DINERO POR PARTE DE LIBERTY SEGUROS DE VIDA S.A. QUIEN COMPRUEBE HABER PAGADO EL VALOR DE LOS SERVICIOS FUNERARIOS, SIN EXCEDER DEL LIMITE ASEGURADO, CON OCASIÓN DEL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO PRINCIPAL O DE CUALQUIER INTEGRANTE DEL GRUPO FAMILIAR ASEGURADO O MEDIANTE REEMBOLSO A LA PERSONA JURÍDICA LEGALMENTE CONSTITUIDA PARA PRESTAR SERVICIOS EXEQUIALES. (APLICA PARA EL SEGURO DE EXEQUIAS).
8. AUTORIZO QUE LOS SEGUROS ADQUIRIDOS POR MEDIO DE ESTA SOLICITUD SEAN RENOVADOS AUTOMATICAMENTE POR VIGENCIAS IGUALES A LA INICIALMENTE PACTADA SALVO DECISIÓN EN CONTRARIO, LA CUAL NOTIFICARE A TRAVES DE LOS CANALES DE ATENCIÓN DETALLADOS EN EL EXTRACTO ADJUNTO.
9. **DECLARO QUE ME HA SIDO ENTREGADO EL EXTRACTO DEL CLAUSULADO QUE CONTIENE ENTRE OTROS: LOS AMPAROS Y EXCLUSIONES DE LA POLIZA, LA VIGENCIA DE LA COBERTURA, EL PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCION DE RECLAMACIONES, LOS CANALES PARA LA ATENCION DE PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS, LAS CONSECUENCIAS DE UNA DECLARACION INEXACTA O RETICENTE Y DE LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA Y MANIFIESTO QUE HE SIDO INFORMADO DE LAS CONDICIONES DE VALOR ASEGURADO, VALOR DE PRIMA, FORMA DE PAGO Y DEMÁS DECLARACIONES QUE OBRAN EN LA PRESENTE SOLICITUD.**

ADVERTENCIA: AXA COLPATRIA SEGUROS S.A, AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.AY LIBERTY SEGUROS DE VIDA S.A., ASUMEN EXCLUSIVAMENTE LA RESPONSABILIDAD DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES RELACIONADAS CON EL PRESENTE CONTRATO FRENTE AL CONSUMIDOR FINANCIERO.

Como constancia de este recibido y solicitud de estos productos suscribo el presente documento.

Blanca Emilse Medina		EDGAR DAVILA
FIRMA DEL SOLICITANTE		FIRMA DEL ASESOR
Blanca Emilse Medina		EDGAR DAVILA
NOMBRE		NOMBRE
31.282.885 Cali		16.452.335
No. DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	HUELLA DACTILAR	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

enfermedad
↓
cualquier
genérica.

No lo
cita la
aseguradora.