SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA GRUPO CON DESTINACIÓN ESPECÍFICA
DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

TOMADOR	Asociación de Padres de Familia del Colegio Anglo Colombiano - ASOPANGLO	**NIT**	860027014 - 0
CIUDAD	BOGOTA	**FECHA SOLICITUD**	

ESTE SEGURO SE INDEMNIZA A PRIMERA PÉRDIDA: **AXA COLPATRIA**, **pagará el total del valor asegurado** en caso de muerte o incapacidad total y permanente de cualquiera de los dos asegurados al beneficiario de la póliza: Asociación de Padres de Familia del Colegio Anglo Colombiano, con lo que se dará por terminada la cobertura individual del otro padre asegurado. En caso de que se presente la muerte de los dos asegurados de la póliza al mismo tiempo, la póliza no pagará más del 100% del valor asegurado por grupo familiar.

En relación con el "**Fondo Educacional Asopanglo"** aprobado por la Asamblea General de Padres de Familia del colegio Anglo Colombiano el 6 de septiembre de 1984, solicitamos la inclusión en la póliza de Vida Grupo durante el período académico 2020-2021, como asegurados (Padre, Madre u otra persona) a las detalladas a continuación:

Datos del Solicitante: (**Información obligatoria)**

NOMBRE DE LOS ASEGURADOS	PARENTESCO CON EL ESTUDIANTE	FECHA DE NACIMIENTO DIA / MES / AÑO	PESO	ESTATURA	PROFESION	Marque N Nuevo o R Renovación

Datos de Alumno(s) beneficiado(s):

No.	NOMBRE DEL ALUMNO	GRADO ESCOLAR (2020-2021)
1		
2		
3		
4		

COBERTURA FIN COLEGIO **SI**_____**NO**_____(Para los alumnos-beneficiados relacionados)
COBERTURA FIN COLEGIO + UNIVERSIDAD **SI**_____**NO**_____(Para los alumnos-beneficiados relacionados)
COBERTURA FIN UNIVERSIDAD **SI**_____**NO**_____(Para los alumnos-beneficiados relacionados)
AFILIADO A ASOPANGLO: **SI**_____**NO**_____(Anexar formato de afiliación diligenciado)

Designación Beneficiarios:

1. Designamos a la Asociación de Padres de Familia del Colegio Anglo Colombiano, Nit. 860027014-0 como único beneficiario de la indemnización, **recibirá el 100% del valor asegurado,** del Seguro de Vida Grupo por la cobertura de muerte por cualquier causa o incapacidad total y permanente de cualquiera de los acudientes, **para la modalidad Fin Colegio.**

2. Para la cobertura de **Fin Universidad**: **El padre o acudiente sobreviviente recibirá el 100% de la indemnización** referente al valor asegurado por concepto de fin universidad que contempla la póliza. En caso de que los dos padres fallezcan bajo el mismo evento deben designar un beneficiario contingente, el cual debe ser detallado a continuación:

BENEFICIARIO CONTINGENTE	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO DIA / MES / AÑO	VALOR ASEGURADO FIN UNIVERSIDAD
			100%

AXA COLPATRIA

DECLARACION DE SALUD PRIMER ASEGURADO:

DECLARACIÓN DE ESTADO DE SALUD DEL RIESGO						
HA SUFRIDO O SUFRE EN LA ACTUALIDAD DE ALGUNA(S) DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES O LESIONES? MARQUE CON UNA X)						
ENFERMEDADES	**SI**	**NO**		**ENFERMEDADES**	**SI**	**NO**
ENFERMEDADES DEL CORAZÓN, PRESIÓN ARTERIAL				BOCIO, DIABETES, SOBREPESO		
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS, ASMA, TUBERCULOSIS, PULMONARES				CÁNCER U OTROS TUMORES		
ENFERMEDADES DIGESTIVAS, GASTROINTESTINALES				ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES		
ENFERMEDADES GENITOURINARIAS - RENALES				PARÁLISIS		
ENFERMEDADES MUSCULOESQUELETICAS, REUMATISMO, ARTRITIS				DEFORMACIONES O MALFORMACIONES		
ENFERMEDADES NERVIOSAS O MENTALES				ENFERMEDADES CRÓNICAS O TERMINALES		
ENFERMEDADES DE LOS OJOS, NARIZ, GARGANTA				DROGADICCIÓN Y/O ALCOHOLISMO		
OTRAS						
SI MARCO AFIRMATIVAMENTE ALGUNA PREGUNTA ANTERIOR, DETALLAR EN FORMA COMPLETA						
LESIÓN O ENFERMEDAD	FECHA			TRATAMIENTO		
	DD	MM	AAAA			
	DD	MM	AAAA			
	DD	MM	AAAA			

DECLARACION DE SALUD SEGUNDO ASEGURADO:

DECLARACIÓN DE ESTADO DE SALUD DEL RIESGO						
HA SUFRIDO O SUFRE EN LA ACTUALIDAD DE ALGUNA(S) DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES O LESIONES? MARQUE CON UNA X)						
ENFERMEDADES	**SI**	**NO**		**ENFERMEDADES**	**SI**	**NO**
ENFERMEDADES DEL CORAZÓN, PRESIÓN ARTERIAL				BOCIO, DIABETES, SOBREPESO		
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS, ASMA, TUBERCULOSIS, PULMONARES				CÁNCER U OTROS TUMORES		
ENFERMEDADES DIGESTIVAS, GASTROINTESTINALES				ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES		
ENFERMEDADES GENITOURINARIAS - RENALES				PARÁLISIS		
ENFERMEDADES MUSCULOESQUELETICAS, REUMATISMO, ARTRITIS				DEFORMACIONES O MALFORMACIONES		
ENFERMEDADES NERVIOSAS O MENTALES				ENFERMEDADES CRÓNICAS O TERMINALES		
ENFERMEDADES DE LOS OJOS, NARIZ, GARGANTA				DROGADICCIÓN Y/O ALCOHOLISMO		
OTRAS						
SI MARCO AFIRMATIVAMENTE ALGUNA PREGUNTA ANTERIOR, DETALLAR EN FORMA COMPLETA						
LESIÓN O ENFERMEDAD	FECHA			TRATAMIENTO		
	DD	MM	AAAA			
	DD	MM	AAAA			
	DD	MM	AAAA			

Declaramos que:

1. Hemos sido advertido de nuestra obligación de declarar sinceramente nuestro estado de salud y cualquier diagnóstico, tratamiento, patología que tengamos o hayamos tenido y las consecuencias de tal omisión, por lo cual manifestamos que todas las declaraciones efectuadas en esta solicitud son completas y verídicas. Aceptamos que **AXA COLPATRIA**, se reserva los derechos que puedan asistirle en caso que antes o después de nuestro fallecimiento, se compruebe que esta declaración no corresponde a la realidad (Artículos 1058, 1158 y 1161 del Código de Comercio
2. Autorizamos permanente e irrevocablemente a **AXA COLPATRIA**, para que a partir de la fecha procese, conserve o actualice cualquier información de carácter financiero o comercial y la autorizamos para que reporte, consulte o suministre esta información a las centrales de información o bases de datos debidamente constituidas, en los términos y durante el tiempo que la ley lo establezca
3. Autorizamos expresamente, aún después de nuestro fallecimiento, a los médicos e instituciones de salud a proporcionar a los Beneficiarios de este seguro y a **AXA COLPATRIA**, copia de nuestra historia médica clínica, resultados de medios diagnósticos y cualquier información o registro que hayan efectuado o efectúen. En consecuencia renunciamos en nuestro propio nombre y en el de cualquier tercero interesado, a todas las disposiciones de ley que prohíban a los médicos, centros asistenciales o de diagnóstico que nos hayan atendido, revelar cualquier información adquirida con motivo de diagnóstico o tratamiento.
4. Confirmamos que todas las declaraciones efectuadas en esta solicitud son completas y verídicas. Convengo que **AXA COLPATRIA**, no contraerá obligación alguna en virtud de esta solicitud hasta tanto no exista una aceptación escrita de su parte. Acepto que **AXA COLPATRIA**, se reserva los derechos que puedan asistirle en caso que antes o después de mi fallecimiento, se compruebe que esta declaración no corresponde a la realidad (Artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio).
5. Tanto mis actividades como ocupación son lícitas y en consecuencia los bienes que poseo provienen de medios lícitos. Igualmente declaro que no he sido objeto de amenazas, de secuestro o muerte ni me han solicitado contribuciones para evitarlo.
6. He leído, revisado, entendido y recibido todas y cada una de las condiciones, del anverso y reverso, del presente certificado, que conozco su contenido, cuáles son mis deberes, obligaciones, derechos, los costos y gastos que le son inherentes y sus consecuencias legales y con mi firma acepto integralmente su contenido,
7. Que conozco y puedo acceder al Manual de Políticas de Datos Personales de la Compañía y al aviso de privacidad en www.axacolpatria.com
8. No estamos, ni hemos adelantado un proceso para obtener la calificación de pérdida de capacidad laboral ante la AFP. ARL o Juntas de Calificación de Invalidez, ni hemos recibido un dictamen de calificación de pérdida que este en firme.
9. Hemos leído las condiciones particulares de la póliza Fin colegio, Fin Universidad y el reglamento del fondo educacional de Asopanglo.

Debido a que para expedición de la póliza es necesario contar con datos personales autorizo a **AXA COLPATRIA**, y a Cp Broker Consultores de Seguros Ltda., expresamente desde ahora para incluir consultar y reportar a partir de la fecha de la firma de esta solicitud, la información allí contenida y/o cualquier relación comercial con esta aseguradora, o cualquier información o base de datos.

Cláusula de Autorización

Declaramos expresamente:

1. Que para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, suministramos nuestros datos personales para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende la actividad aseguradora.
2. AUTORIZACIÓN:
   De manera expresa, autorizamos el tratamiento de los datos personales, incluidos los sensibles y autorizamos, de ser necesario, la transferencia internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en este documento y de la forma que se describe en la política de manejo de datos personales en www.axacolpatria.com

FIRMA MADRE O ACUDIENTE	**FIRMA PADRE O ACUDIENTE**
Nombre Legible Acudiente	Nombre Legible Acudiente
Tipo y Numero de documento de identidad	Tipo y Numero de documento de identidad
Teléfono Oficina	Teléfono Oficina
Teléfono Casa	Teléfono Casa
Correo electrónico	Correo electrónico

Información Defensor del Consumidor Financiero Axa Colpatria: La queja y/o sugerencia debe presentarse por ESCRITO dirigido a El Defensor del Consumidor Financiero, indicando nombres y apellidos completos, documento de identificación, ciudad y dirección, descripción de los hechos y de los derechos que se consideren vulnerados o aspectos a mejorar según corresponda a través de los siguientes medios:

*En Bogotá, en la sede del DEFENSOR DEL CONSUMIDOR FINANCIERO, ubicada en la Cll. 12B No. 7-90 Piso 2, Bogotá D.C., en horario de atención al público de lunes a viernes de 9:00 a.m. a 4:00 p.m. en jornada continua. Teléfono: 745 6300 Ext. 4910, 4911, 4830, 4959, 3412. Fax opción 1 ext. 3473. Correo Electrónico: cfinanciero@defensoria.com.co. Página web AXA COLPATRIA: www.axacolpatria.co a través del enlace Defensoría del Consumidor Financiero, diligenciando el formulario correspondiente. AXA COLPATRIA Seguros de Vida: www.axacolpatria.co a través del enlace Defensoría del Consumidor Financiero, diligenciando el formulario correspondiente. En cualquiera de las oficinas, agencias, sucursales, oficinas de corresponsalías u oficinas de atención al público a nivel nacional, mediante solicitud escrita o diligenciando el formulario correspondiente. La **Dra. CONSUELO RODRÍGUEZ VALERO** es el Defensor del Consumidor Financiero Principal y su Suplente es el **Dr. NICOLÁS PAVEL CORTÉS ALONSO.***

Ante cualquier inquietud podrá comunicarse con nuestro intermediario de seguros Cp Broker Consultores de Seguros a los correos electrónicos dirbeneficios@cpbroker.co, vicetecnico@cpbroker.co y gergeneral@cpbroker.co

Favor diligenciar este formato en letra clara y legible, con todos los datos solicitados y sin enmendaduras.
No olvidar firmarlo.