Cooperen
Familia que progresa

SOLICITUD DE AFILIACIÓN ☐
ACTUALIZACIÓN DE DATOS ☐

FECHA DE RECIBIDO
AAAA | MM | DD

Registro Cuenta Bancaria:
☐ Corriente ☒ Ahorro | Banco | Número

Si desea realizar ahorros adicionales indique cual es el valor
$

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

DATOS PERSONALES

Primer Apellido	**Segundo Apellido**	**Primer Nombre**	**Segundo Nombre**	**Sexo** ☒ M ☐ F
Tipo de Identificación ☒ C.C. ☐ NIT ☐ Otra ¿Cuál?		**Nº de Identificación**	**Lugar y Fecha de Expedición**	Año / Mes / Día
Lugar y Fecha de Nacimiento	Año / Mes / Día	Nacionalidad	**Estado Civil** ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Unión Libre ☐ Viudo	
Nivel de Estudio ☐ Primaria ☐ Bachiller ☐ Técnico ☐ Tecnólogo ☐ Universitario ☐ Post-grado	Profesión			
N° personas a cargo	N° Hijos	**Vive en casa** ☐ Propia ☐ Familiar ☐ Arrendada ☐ Otra	Nombre Arrendador	Teléfono Arrendador
Dirección residencia	Barrio	Municipio	Departamento	
Teléfono residencia	Celular	Estrato	E-mail	
Envío Correspondencia ☐ Residencia ☐ Oficina ☐ Otra ¿Cuál?				Código CIIU
Apellidos y nombres del cónyuge	**Tipo de Identificación** ☐ C.C. ☐ NIT ☐ Otra ¿Cuál?			Nº de Identificación
Lugar y Fecha de Expedición	Año / Mes / Día	**Lugar y Fecha de Nacimiento**	Año / Mes / Día	Nacionalidad
Nivel de Estudio ☐ Primaria ☐ Bachiller ☐ Técnico ☐ Tecnólogo ☐ Universitario ☐ Post-grado	Profesión			Celular
Empresa donde labora	Actividad	Cargo	Teléfono / Ext.	**Tipo de vinculación** ☐ Indefinido ☐ Fijo ☐ Independiente

INFORMACIÓN LABORAL

Ocupación ☐ Empleado sector privado ☐ Empleado sector público ☐ Pensionado ☐ Independiente			**Fecha de vinculación** Año / Mes / Día
Empresa donde labora	Cargo	**Fecha de vinculación**	
NIT Empresa	Sede o Sucursal	Act. económica de la Empresa	Código CIIU
Dirección de la Empresa	Municipio	Departamento	
Teléfono de la Empresa	Ext.	E-mail Empresa	
Tipo de Contrato ☐ Carrera Administrativa ☐ Provisional Indefinido ☐ Provisional a término: meses _____ ☐ Término Fijo ☐ Prestación de Servicios			
Periodicidad de Pago ☐ Semanal ☐ Decadal ☐ Quincenal ☐ Mensual			
Con relación a su cargo ¿Es usted una Persona Expuesta Políticamente (PEP)? ☐ SI ☐ NO	¿Administra recursos públicos? ☐ SI ☐ NO	¿Ejerce poder público? ☐ SI ☐ NO	
¿Tiene algún vínculo con persona de reconocimiento público? ☐ SI ☐ NO / Tipo de vínculo	Operaciones en moneda extranjera ☐ SI ☐ NO / Tipo de operación		

INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES DEMOSTRABLES

	SOLICITANTE	CÓNYUGE
Salario / ingresos	$	$
Otros Ingresos	$	$
Concepto		
Total	$ 0	$ 0

EGRESOS MENSUALES

	SOLICITANTE	CÓNYUGE
Gastos Familiares	$	$
Otros Egresos	$	$
Total Egresos	$ 0	$ 0

SOLVENCIA

ACTIVOS

VEHÍCULOS		BIENES INMUEBLES	INVERSIONES
Vehículo		☐ Casa ☐ Apartamento ☐ Finca	☐ CDAT
Valor Comercial $		Matrícula inmobiliaria	☐ Fiducia
Marca		Valor Comercial $	☐ Cesantías
Modelo	Placa	Municipio	Valor $
Otro	Valor $	Dirección	Entidad

PASIVOS

OBLIGACIONES FINANCIERAS	PRENDA DE VEHÍCULO	TARJETAS DE CRÉDITO	SALDO HIPOTECA $
Entidad	Entidad	Entidad	Entidad
Valor $	Valor $	Valor $	Porcentaje de participación

PATRIMONIO | Total Activos – Pasivos $

REFERENCIAS FAMILIARES

Apellidos y Nombres	Parentesco	Dirección - Ciudad	Teléfono fijo	Celular
Apellidos y Nombres	Parentesco	Dirección - Ciudad	Teléfono fijo	Celular

BENEFICIARIOS PARA APORTES Y AHORROS

Estando en mis facultades legales, declaro que es mi voluntad, que en caso de fallecimiento le sean entregados mis aportes sociales y ahorros a las personas señaladas y en la proporción descrita.

	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	%	PARENTESCO
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

BENEFICIARIOS AUXILIO FUNERARIO

Los beneficiarios al AUXILIO FUNERARIO deben estar el cónyuge y los integrantes del grupo familiar que se encuentren en relación de parentesco hasta el segundo grado de consanguinidad y primero civil

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO AÑO	MES	DÍA
1.					
2.					
3.					

AUTORIZACIÓN

Autorizamos a la COOPERATIVA, para:

1. Cancelar las cuentas de ahorro que mantenga en ella, si se presentase infracción de lo dicho en esta declaración y la exímo de toda responsabilidad que se derive por la información errónea falsa o inexacta que hubiere proporcionado o por la violación de cualquier unto en esta declaración.
2. Enviar mensajes de texto o voz para fines comerciales o de cobranza y reportes a las centrales de riesgo, a los teléfonos que tengamos registrados, de conformidad con lo preceptuado en la Ley 527 de 1999, Ley 1395 de 2010 Art. 120, Decreto 2364 de 2012 y artículo 103 del CGP.
3. Debitar de la cuenta designada, o de cualquier otro depósito a mi nombre en la Cooperativa, las cuotas, comisiones y demás valores a mi cargo, por concepto de pago de créditos, cuotas estatutarias y en general por cualquier producto o servicio prestado por la Cooperativa o en convenio con esta y al cual me encuentre vinculado.
4. En cumplimiento de la Ley 2300 de 2023, autorizo a COOPEREN, para ser contactado mediante correo electrónico registrado(s), dirección física a través de correo físico certificado y número de teléfono de contacto aportado(s) incluyendo mensajes a través de WhatsApp, SMS y llamada, con fines de gestión de cartera y mensajes publicitarios, cumpliendo de manera integral los requisitos de periodicidad, excepciones y prohibiciones señalados en la Ley.

DECLARACIÓN VOLUNTARIA DE ORIGEN DE FONDOS

Diligenciar el siguiente campo:

1. Declaro que los recursos que entrego provienen de las siguientes fuentes (especifique detalladamente actividad, negocio).

2. Declaro que conozco las normas relacionadas con la prevención de lavado de activos y financiación del terrorismo y le doy cumplimiento; igualmente, tengo y aplico como buena práctica comercial la debida diligencia del conocimiento adecuado de mis clientes y proveedores y del origen y destino de sus recursos para prevenir el lavado de activos y la financiación del terrorismo.

3. Declaro que los recursos y/o bienes que deposito, negocio, transfiero, recibo o solicito no proviene de, ni se destinan (ran) para ninguna actividad ilícita, especialmente las contempladas en los artículos 323 y 345 del Código Colombiano o en cualquier norma que los modifique o adicione.

4. No admitiré que terceros entreguen en mi nombre o en nombre de la entidad que represento fondos, bienes y/o servicios, provenientes de las actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas relacionadas con la misma.

5. Autorizo a COOPEREN para dar por terminada unilateralmente cualquier relación comercial, en el caso de cualquiera de los numerales contenidos en este documento, o en caso de generarse sospecha alguna de operaciones relacionadas con tales delitos, eximiendo a COOPEREN de toda responsabilidad.

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

De acuerdo con la Ley Estatutaria 1581 de 2012 de Protección de Datos y normas concordantes, autorizo expresamente para que mis datos personales, biométricos (huella dactilar y fotografías) y sensibles, sean incorporados en una base de datos responsabilidad de la COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO COOPEREN, siendo tratados con la finalidad de: realizar gestión administrativa, fidelización de clientes, gestión de estadísticas internas, Gestión de cobros y pagos, Gestión de facturación, Gestión económica y contable, Gestión fiscal, marketing, encuestas de opinión, prospección comercial y social, publicidad propia, segmentación de mercados, venta a distancia, consulta en centrales de riesgo, reporte del cumplimiento o incumplimiento de obligaciones financieras, Cuenta de crédito y/o depósito, remisión de información a los titulares, relacionada con el objeto social de la organización, suministrar información acerca de sus operaciones a las centrales de riesgo legalmente establecidas (LEY 1266 del 2008), trabajo comunitario y gestión de riesgos; registro de Firmas y Huellas, como evidencia de transacciones, trámites y declaraciones realizadas; archivos Fotográficos de la Institución, Publicaciones e informes sobre actividades sociales, calendarios, publicidad de la Cooperativa y transmisión y/o transferencia de datos. Es de carácter facultativo suministrar información que verse sobre Datos Sensibles, entendidos como aquellos que afectan la intimidad o generen algún tipo de discriminación, o sobre menores de edad. Autorizo el uso de la grabación de mi voz como medio de autenticación a través del cual otorgo consentimiento y firma electrónica de este documento. Autorizo la transmisión nacional y/o internacional de datos personales con proveedores de servicios tales como, almacenamiento de información, envío de mensajería y otros necesarios para el desarrollo de las finalidades aquí previstas en la ejecución del vínculo comercial o contractual.

De igual modo, autorizo la transferencia de mis datos a terceras entidades, cuyo objeto social sea la prestación de servicios del sector bancario, asegurador, inmobiliario con la finalidad, de realizar consulta en centrales de riesgo, reporte del cumplimiento o incumplimiento de obligaciones financieras (LEY 1266 del 2008), gestión de tarjetas de débito, crédito o similares, gestión de servicios de solvencia patrimonial y crédito, Cuenta de crédito y/o depósito, gestión de patrimonios, Servicios económico-financieros y seguros - Registro de acciones y obligaciones, seguros de vida y salud y gestión administrativa en general y Contratistas de la COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO COOPEREN para la prestación de servicios asociados a publicidad, cobranza y gestión de riesgos, así como a la prestación de servicios sociales, de conformidad con lo preceptuado en la ley 527 de 1999, Ley 1395 de 2010 Art. 120, Decreto 2364 de 2012 y articulo 103 del CGP.

Asimismo, declaro haber sido informado de que puedo ejercitar los derechos de acceso, corrección, supresión, revocación o reclamo por infracción sobre mis datos, mediante escrito dirigido a la COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO COOPEREN, a la dirección de correo electrónico PROTECCIONDATOS@COOPEREN.COM o mediante correo ordinario remitido a la COOPERATIVA COOPEREN, en la Carrera 44 N° 49-26 MEDELLÍN, ANTIOQUIA, Indicando en el asunto el derecho que deseo ejercitar. La política de tratamiento a la que se encuentran sujetos los datos personales se podrá consultar o acceder a través de la página web: www.cooperen.com; o acceder a través del siguiente correo electrónico: PROTECCIONDATOS@COOPEREN.COM

AUTORIZACIÓN, CONSULTA Y REPORTE A LAS CENTRALES DE RIESGO

Declaro que la información que he suministrado es verídica y doy mi consentimiento expreso e irrevocable a COOPEREN, o a quien en el futuro, a cualquier titulo, sea el acreedor del crédito solicitado o se sustituya o subrogue en la posición jurídica de COOPEREN, para: **a)** Consultar en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo y operadores de información relevante para conocer mi capacidad de pago y mi desempeño como deudor y usuario del sistema financiero; con la finalidad de valorar mi comportamiento financiero y crediticio, evaluar el riesgo de concederme un crédito y realizar actividades de seguimiento y recuperación del mismo. **b)** Recolectar, reportar y compartir a las centrales de riesgo y operadores de información, datos tratados o sin tratar, referidos al cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones dinerarias, independientemente de la naturaleza del contrato que les de origen; así como la información relativa a las demás actividades propias del sector financiero o que verse sobre el manejo de mis estados o actividades financieras. **c)** La información recolectada o suministrada a COOPEREN y a los operadores de información y que haga parte del banco de datos, podrá ser entregada de manera verbal, escrita o puesta a disposición de las siguientes personas: I) Al titular, a las personas autorizadas por este o sus causahabientes; II) A los usuarios de la información, dentro de los parámetros de las normas aplicables; III) A las autoridades judiciales, administrativas o de control, previa orden, y cuando el conocimiento de la información corresponda directamente al cumplimiento de alguna de sus funciones; IV) A otros operadores de datos, para lo cual otorgo desde ya mi autorización o cuando sin ser necesaria la autorización del titular, el Banco de Datos de destino tenga la misma finalidad o una finalidad que comprenda lo que tiene el operador que entrega los datos. V) A otras personas autorizadas por la ley. **d)** Conservar la información, tanto en COOPEREN como en las centrales de riesgo, con las debidas seguridades y actualizaciones y durante los periodos necesarios señalados en las disposiciones aplicables.

Esta autorización permite a COOPEREN y a las centrales de riesgo utilizar o divulgar la información para: I) Evaluar los riesgos de conceder un crédito, realizar actividades de seguimiento y recuperación del mismo y valorar mi comportamiento financiero y crediticio. II) Verificar por parte de las autoridades competentes el cumplimiento de mis deberes constitucionales y legales. III) Elaborar estadísticas y derivar, mediante modelos matemáticos conclusiones de ellas. Aceptado que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones dinerarias se reflejara en mi historial crediticio, en el cual estarán consignados todos los datos referentes a mi actual, pasado o futuro comportamiento financiero. Como titular de la información tendré derecho a: I) Corroborar que la información suministrada sea veraz, completa, exacta, actualizada y comprensible. II) Exigir su rectificación en caso de que no lo sea, y a que se me informe sobre las correcciones efectuadas. III) Conocer las personas que han consultado mi historial crediticio durante los seis meses anteriores a mi petición. Declaro haber leído cuidadosamente el contenido de esta clausula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo sus alcances e implicaciones.

Certificamos que hemos entendido el contenido de este formulario, que la información que hemos suministrado es veraz y nos comprometemos a actualizar dicha información por lo menos una vez al año.

INFORMACIÓN PARA USO EXCLUSIVO DE LA COOPERATIVA

VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

INFORMACIÓN RESIDENCIAL	INFORMACIÓN LABORAL - Informó / Cargo
Firma del Empleado	Firma del Empleado
Fecha: AAAA MM DD	Fecha: AAAA MM DD

RESULTADO DE LA ENTREVISTA

Fecha entrevista:

1. ¿La información financiera coincide con la actividad reportada? SI__ NO__
2. ¿El solicitante a tenido productos con Cooperen? SI__ NO__ Señale cuales: Ahorro a la vista__ Ahorro infantil__ Ahorro navideño__ C.D.A.T.__ Crédito especial__ Crédito ordinario__ Crédito doméstico__ Crédito suministro__ Credisuledo__ Credirápido__
3. ¿Dónde realizó la entrevista? Vía teléfono___ Oficina___

Nombre y firma del Empleado que realizó la entrevista

DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA ADJUNTAR

- Solicitud de afiliación diligenciada.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía.
- Últimos desprendibles de pago.
- Registro civil de nacimiento de hijos.
- Carta laboral (si es familiar o ex-empleado).
- Declaración de renta del último período gravable (si declara).

FIRMA

En constancia firma:

Agregar firma

Solicitante _____

C.C. _____ **Fecha** AAAA MM DD

Huella Índice Derecho

PARA USO INTERNO DE LA COOPERATIVA

Decisión Aceptación			¿Motivo?	Acta N°	Fecha		
Aprobada	Aplazada	Negada			AAAA	MM	DD

VIGILADA SUPERSOLIDARIA

FIRMAS DE APROBACIÓN CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN

Presidente

Secretario(a)

SEGURO en tu AHORRO
Sus depósitos están protegidos en esta cooperativa hasta por $25 Millones
FOGACOOP
www.fogacoop.gov.co

COOPEREN
Familia que progresa

SOLICITUD APERTURA DE AHORRO A LA VISTA ☐

REPORTE DE NOVEDADES ☐

CIUDAD	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS
E-MAIL	**TELÉFONO/CELULAR**	**DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA**

CONDICIONES REGLAMENTO AHORRO A LA VISTA

AHORROS A LA VISTA: Se entiende por Depósitos a la Vista el dinero colocado en la Cooperativa por el asociado, quien a su vez adquiere el derecho de disponer total o parcialmente en cualquier momento del saldo en la forma convenida en reglamento de ahorros. **INTERESES:** COOPEREN reconocerá intereses sobre los saldos mínimos líquidos depositados durante el periodo, a la tasa que fije el Consejo de Administración para esta modalidad de ahorro. **MODALIDAD DE CAPTACIÓN:** El saldo de la cuenta de ahorros a la vista, se podrá aumentar por medio de cuotas periódicas descontadas por nómina, consignadas por taquilla o por transferencias interbancarias. USOS: Esta línea de ahorros se podrá utilizar tanto para abonos, retiros y pagos por parte de los asociados, como para realizar los desembolsos de los créditos aprobados por la cooperativa. **MEDIO PARA TRANSAR**: El asociado con línea de Ahorro a la Vista, recibirá una Tarjeta Débito franquicia VISA, marca compartida en convenio con la Red Coopcentral y Visionamos, la cual le permitirá realizar transacciones desde el Portal Transaccional y Banca Móvil mediante la App de la Red Coopcentral, cajeros de la Red SERVIBANCA y las oficinas de la Red Cooperativa, COOPCENTRAL. **INACTIVIDAD A LOS MOVIMIENTOS FINANCIAROS**: El asociado que no utilice los medios transaccionales durante seis (6) meses consecutivos, no podrá transar con la tarjeta débito. GRAVAMEN A LOS MOVIMIENTOS FINANCIEROS: Por política, este tipo de gravamen sobre los movimientos de la cuenta de ahorros a la vista, es asumido directamente por la cooperativa COOPEREN, por lo tanto, no se descontará de la cuenta de ahorros a la vista, ningún valor por este concepto

CONSENTIMIENTO EXPRESO CON TRASMISION Y/O TRANSFERENCIA DE DATOS De acuerdo con la Ley Estatutaria 1581 de 2012 de Protección de Datos y normas concordantes, autorizo expresamente para que mis datos personales, biométricos (huella dactilar y fotografías) y sensibles, sean incorporados en una base de datos responsabilidad de la COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO COOPEREN, siendo tratados con la finalidad de: realizar gestión administrativa, fidelización de clientes, gestión de estadísticas internas, Gestión de cobros y pagos, Gestión de facturación, Gestión económica y contable, Gestión fiscal, marketing, encuestas de opinión, prospección comercial y social, publicidad propia, segmentación de mercados, venta a distancia, consulta en centrales de riesgo, reporte del cumplimiento o incumplimiento de obligaciones financieras, Cuenta de crédito y/o depósito, remisión de información a los titulares, relacionada con el objeto social de la organización, suministrar información acerca de sus operaciones a las centrales de riesgo legalmente establecidas (LEY 1266 del 2008), trabajo comunitario y gestión de riesgos; registro de Firmas y Huellas, como evidencia de transacciones, trámites y declaraciones realizadas; archivos Fotográficos de la Institución, Publicaciones e informes sobre actividades sociales, calendarios, publicidad de la Cooperativa y transmisión y/o transferencia de datos. Es de carácter facultativo suministrar información que verse sobre Datos Sensibles, entendidos como aquellos que afectan la intimidad o generen algún tipo de discriminación, o sobre menores de edad. Autorizo el uso de la grabación de mi voz como medio de autenticación a través del cual otorgo consentimiento y firma electrónica de este documento. Autorizo la transmisión nacional y/o internacional de datos personales con proveedores de servicios tales como, almacenamiento de información, envío de mensajería y otros necesarios para el desarrollo de las finalidades aquí previstas en la ejecución del vínculo comercial o contractual. De igual modo, autorizo la transferencia de mis datos a terceras entidades, cuyo objeto social sea la prestación de servicios del sector bancario, asegurador, inmobiliario con la finalidad, de realizar consulta en centrales de riesgo, reporte del cumplimiento o incumplimiento de obligaciones financieras (LEY 1266 del 2008), gestión de tarjetas de débito, crédito o similares, gestión de servicios de solvencia patrimonial y crédito, Cuenta de crédito y/o depósito, gestión de patrimonios, Servicios económico-financieros y seguros - Registro de acciones y obligaciones, seguros de vida y salud y gestión administrativa en general y Contratistas de la COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO COOPEREN para la prestación de servicios asociados a publicidad, cobranza y gestión de riesgos, así como a la prestación de servicios sociales, de conformidad con lo preceptuado en la ley 527 de 1999, Ley 1395 de 2010 Art. 120, Decreto 2364 de 2012 y articulo 103 del CGP. Asimismo, declaro haber sido informado de que puedo ejercitar los derechos de acceso, corrección, supresión, revocación o reclamo por infracción sobre mis datos, mediante escrito dirigido a la COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO COOPEREN, a la dirección de correo electrónico PROTECCIONDATOS@COOPEREN.COM o mediante correo ordinario remitido a la COOPERATIVA COOPEREN, en la Carrera 44 N° 49-26 MEDELLÍN, ANTIOQUIA, Indicando en el asunto el derecho que deseo ejercitar. La política de tratamiento a la que se encuentran sujetos los datos personales se podrá consultar o acceder a través de la página web: www.cooperen.com; o acceder a través del siguiente correoelectrónico:PROTECCIONDATOS@COOPEREN.COM

Comprendido y aceptado, lo anterior se firma a los _____ días del mes de _____ del año _____ en la ciudad de _____

NOVEDADES

BLOQUEO		CANCELACIÓN TARJETA		REPOSICIÓN O REACTIVIDAD	
Perdida	☐	Inconformidad con el servicio	☐	Deterioro del plástico	☐
Robo	☐	No deseo continuar con el servicio	☐	Recuperación de clave	☐
Olvido la clave	◉	Dificultades económicas	☐	Reactivación administrativa	☐
Otro cual _____		Cancelada por cambio	☐	Reactivación por inactividad	☐

_____

FIRMA ASOCIADO

Huella dactilar

PARA USO EXCLUSIVO DE LA COOPERATIVA

APROBADO ☐ **NEGADO** ☐ **TARJETA ASIGNADA N°** _____

_____

FIRMA FUNCIONARIO COOPEREN

AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.
SOLICITUD INDIVIDUAL
PÓLIZA DE SEGURO VIDA GRUPO
28/05/2021–1306-P-34-P272//MAYO//2021-D00I

INGRESO ◯ MODIFICACIÓN ◯

RAMO	GRUPO VIDA ◯	GRUPO DEUDORES ◯	
INTERMEDIARIO	AGENTE	AGENCIA	CORREDOR
TOMADOR	NIT	PÓLIZA NO.	
CORREO ELECTRÓNICO	CELULAR	AUTORIZO LA RECEPCIÓN DE MENSAJES DE TEXTO EN MI CELULAR	SÍ ◯ 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 (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? SÍ ◯ 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 (AÑO / MES / DÍA)	LUGAR DE NACIMIENTO	OCUPACIÓN	TELÉFONO

DIRECCIÓN DE LA RESIDENCIA	CIUDAD	DEPARTAMENTO

VALOR ASEGURADO CÓNYUGE Y/O COMPAÑERO(A) PERMANENTE: $

No diligenciar estos campos

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 (AÑO / MES / DÍA)	PARENTESCO	VALOR ASEGURADO
			AÑO MES DÍA		$
			AÑO MES DÍA		$
			AÑO MES DÍA		$
			AÑO MES DÍA		$
			AÑO MES DÍA		$
			AÑO MES DÍA		$

No diligenciar estos campos

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	%

EN CASO DE FALLECIMIENTO DE UN FAMILIAR ASEGURADO (CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PEMANENTE, 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? SÍ ◯ NO ◯

¿CUÁL? ¿CUÁNDO?

ÚLTIMA CONSULTA MÉDICA:

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 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.Cio: 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.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 exigirlas
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 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 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, entendiendo, 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 "Contáctanos" 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 suministre, pueda reproducirla 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 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. 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__

FIRMA DEL ASEGURADO PRINCIPAL
CC.

HUELLA DEL ÍNDICE DERECHO DEL ASEGURADO PRINCIPAL

ORIGINAL DEL CLIENTE – COPIA AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA