



**SOLICITUD INCLUSIÓN INDIVIDUAL
PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES**



TOMADOR: BANCO COLPATRIA MULTIBANCA COLPATRIA S.A.	TIPO DE IDENTIFICACIÓN: C.C <input type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/>
ASEGURADO:	No.
OCUPACIÓN:	FECHA DE NACIMIENTO A A A A M M D D
BENEFICIARIO: BANCO COLPATRIA MULTIBANCA COLPATRIA S.A.	
VIGENCIA: DESDE: Desembolso del crédito HASTA: Mensual renovable	

AMPAROS Y VALOR ASEGURADO: Muerte e Incapacidad Total y Permanente por el saldo insoluto de la deuda a la fecha de ocurrencia del siniestro

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

- A) Padece o ha padecido alguna enfermedad Sí NO ¿Cuál? _____ Desde cuando _____
- B) Tomo actualmente un medicamento Sí NO ¿Cuál? _____ Desde cuando _____
- C) Nombre del último médico consultado _____ Fecha _____ Diagnóstico _____

1. Mi estado de salud es Normal: No padezco ni he padecido enfermedades de tipo congénito o que incida sobre los sistemas cardio vascular, respiratorio, urogenital, digestivo, colágeno, psiquismo, endocrino, músculo-esquelético, neurológico, hemolinfático, sentidos, piel y anexos, Sida y demás adicciones o afectaciones que incidan sobre mi estado de salud. No he sido sometido o tengo pendientes tratamientos o intervenciones quirúrgicas en la actualidad, de enfermedades de los sistemas anteriormente enunciados. No padezco de lesiones o secuelas de origen traumático o patológico de los sistemas anteriormente enunciados.
2. Tanto mis actividades, como profesión, ocupación u oficio son lícitos y los ejerzo dentro de los marcos legales y no práctico aficiones que afecten mi integridad.
3. Las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verídicas en la forma en la que aparecen descritas. Por tanto la falsedad, omisión, error, reticencia en ellas tendrá las consecuencias estipuladas en el artículo 1058 y 1158 del código de comercio.
4. Además autorizo expresamente a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros o cualquier otra organización o institución a suministrar a **AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.**, mi historia Clínica y todos aquellos datos que en ella se registren o lleguen a ser registrados y obtener copia de este documento y de sus anexos, incluso después de mi fallecimiento.
5. La prima debe ser pagada con la misma periodicidad establecida en la obligación.
6. Declaro en mi calidad de asegurado que he designado al **BANCO COLPATRIA MULTIBANCA COLPATRIA S.A. como beneficiario Oneroso.**
7. El valor de la prima de seguro es de \$1.200 por Millón. La prima del seguro se calcula sobre el Saldo insoluto de la Deuda al momento del corte de facturación.
8. Para atender cualquier solicitud, formular quejas, petición o conocer el procedimiento, plazos y documentación en caso de siniestro, por favor comunicarse con las líneas de atención al cliente de Crédito Fácil Codensa en Bogotá 7115115 opción 3.
9. La mora en el pago de la prima, produce la terminación automática del seguro individual, conforme a los artículos 1068 y 1152 del código de comercio.

Se firma el presente documento en la ciudad de _____ Departamento de _____ a los _____ días del _____ mes de _____ de _____

FIRMA ASEGURADO

HUELLA DACTILAR

CONOCIMIENTO DEL SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDOR ADQUIRIDO

Declaración del Cliente:

Le informaron que el seguro de Vida Grupo Deudor es exigido por el banco pero la elección de la compañía aseguradora es Voluntaria. Si NO

OBJETO DEL SEGURO:

El Seguro de **AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.** Brindará protección contra los riesgos de muerte por cualquier causa, Incluido homicidio y suicidio, Incapacidad Total y Permanente, a los deudores de los créditos de Consumo del **BANCO COLPATRIA MULTIBANCA COLPATRIA S.A.**, Hasta por el valor del saldo insoluto de la deuda al momento del siniestro.

LIBERTAD DE CONTRATACIÓN

El deudor podrá elegir con que compañía de seguros contratará las pólizas de seguro de vida; en caso de tomar la póliza con otra compañía de seguros, manifiesto mi compromiso de:

1. Endosar la Póliza a favor del BANCO COLPATRIA MULTIBANCA COLPATRIA S.A.
2. Aportar la póliza endosada correspondiente del seguro de Vida, antes del desembolso del crédito o de la entrega de la tarjeta.
3. Renovar la póliza durante la vigencia del crédito, y entregarla directamente a BANCO COLPATRIA MULTIBANCA COLPATRIA S.A., a más tardar el día de su vencimiento. En caso de no entregarse al BANCO COLPATRIA la póliza de vida, autorizo a BANCO COLPATRIA MULTIBANCA COLPATRIA S.A., para contratar, a mi cargo, el seguro con la compañía aseguradora designada por el BANCO COLPATRIA.
4. El endoso de la póliza de seguro de vida podrá efectuarse en cualquier momento, durante la vigencia del crédito.

En constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior Se firma el presente documento a los _____ días del mes de _____ de _____ en la ciudad de _____.

FIRMA DEL SOLICITANTE

NOMBRE _____

No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN _____