Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con C.C.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ representante legal de la empresa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con NIT:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, bajo la gravedad de juramento declaro:

1. El representante legal o los funcionarios que manejaran las operaciones para la prestación del servicio en AXA COLPATRIA Seguros S.A., AXA COLPATRIA Seguros de Vida S.A., AXA COLPATRIA Medicina Prepagada S.A., y Clínica VIP, poseen algún vínculo de consanguinidad o afinidad hasta tercer grado con funcionarios del Grupo AXA y / o con las compañías AXA Colpatria.

SI\_\_\_ NO\_\_\_

En caso de poseer algún vínculo con algún funcionario, le agradecemos indicar los nombres de las personas que tienen dicho vínculo, el tipo de relación, la compañía y área del funcionario en AXA COLPATRIA o CLINICA VIP:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. El representante legal o los funcionarios que manejaran las operaciones para la prestación del servicio en AXA COLPATRIA Seguros S.A., AXA COLPATRIA Seguros de Vida S.A., AXA COLPATRIA Medicina Prepagada S.A., y Clínica VIP, poseen algún vínculo de consanguinidad o afinidad hasta tercer grado con alguna empresa cliente del Grupo AXA y / o con las compañías AXA Colpatria.

SI\_\_\_ NO\_\_\_

En caso de tener algún conflicto de interés o posible conflicto de interés con algún cliente, le agradecemos que declare la situación (nombre del cliente y tipo de relación):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En caso de presentarse a futuro una relación de consanguinidad o afinidad hasta tercer grado con algún funcionario o tercero del Grupo AXA y / o con las compañías AXA Colpatria y / o Clínica VIP, me comprometo a reportarlo.

En constancia firmo en la ciudad de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del año \_\_\_\_\_\_\_\_.

Firma Representante Legal. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_