

NIT 860.037.013-6  
Calle 33 # 6B - 24, pisos 1, 2 y 3  
Tel: (601) 285 5600  
Bogotá D.C. - Colombia  
Somos Grandes Contribuyentes  
IVA Régimen Común - Autorretenedores

Fecha de solicitud  D  M  A  
Ciudad:   
Sucursal o CEN:



## Datos del cliente

Nombre o Razón Social   
 Tipo de documento  NIT  Otro  ¿Cuál?  Número de documento   
 Dirección  Ciudad Principal   
 Teléfonos  E-mail   
 Página Web  Representante Legal



## Habilitaciones y / o permisos

Habilitación Min. Transp. No  Fecha   
 Si la empresa tiene habilitación menor a 1 año por favor brindar la razón de la reciente habilitación   
 Resolución D.T.A No.  Fecha Vto   
 P.P.S Ecuador  Fecha Vto   
 P.P.S Perú  Fecha Vto   
 P.P.S Bolivia  Fecha Vto   
 Resolución Superintendencia de Vigilancia y seguridad  Fecha Vto   
 Habilitación Ministerio de Telecomunicaciones  Fecha



## Oficinas a nivel nacional y/o internacional

Ciudad	Nombre Director	Dirección	Teléfono	E-Mail
<input type="text"/>				
<input type="text"/>				
<input type="text"/>				
<input type="text"/>				

Gremios de transporte al cual se encuentra vinculado actualmente (Marca con una x)  
 Colfecar  Defencarga  Asecarga  Fedetranscol  
 ATC  Alianza Vallecaucana  Fedetranscarga  Otro. ¿Cuál?

Modalidad de transporte (Marca con una x)  
 Masivo  Semimasivo  Paqueteo  Mensajería  Otro. ¿Cuál?

Tipo de mercancía (Marca con una x)  
 Contenedores  Gránulos secos  Gránulos líquidos  Refrigerados  Perecederos  Mercancía de alto riesgo  
 Mercancías peligrosas  Extra-Pes/Dim  Menaje Doméstico  Café. Pergamino, tipo exportación  Celulares y Smartphone  
 Equipos de procesamiento de datos y sus accesorios Computadores o tablets  
 Breve descripción:   
 Redespachos: Si dentro de su operación manejan redespachos indicar el nombre de la transportadora:   
 Otro. ¿Cuál?

Ámbito de operaciones (Marca con una x)  
 Urbana  Nacional  Internacional  Intermunicipal  Multimodal

Parque automotor (Marca con una x)  
 Propios No.  %  Terceros No.  %

NIT 860.037.013-6  
Calle 33 # 6B - 24, pisos 1, 2 y 3  
Tel: (601) 285 5600  
Bogotá D.C. - Colombia  
Somos Grandes Contribuyentes  
IVA Régimen Común - Autorretenedores



### Principales rutas utilizadas

Origen	Destino	Porcentaje



### Generadores de carga

Origen	Destino	Porcentaje

### Control operativo y seguridad (Marque con una x e indique proveedor de servicio)

Tipo	Si	No	Proveedor
1 Celular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
2 Lojack o Cazador	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
3 Puestos de control	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
4 Seguimiento Satelital GPS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
5 Escolta / Acompañante Vehicular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
6 Otros- Cuales?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	



### Información para la cobertura

Información de fletes últimos dos años y proyección año actual

Año 2022	Año 2023	Proyección año actual

### Límite máximo por despacho según la operación desarrollada

Urbana	\$	Urbana	\$
Importación trayecto interior	\$	Importación trayecto interior	\$

NIT 860.037.013-6  
Calle 33 # 6B - 24, pisos 1, 2 y 3  
Tel: (601) 285 5600  
Bogotá D.C. - Colombia  
Somos Grandes Contribuyentes  
IVA Régimen Común - Autorretenedores



### Siniestralidad últimos 3 años

Fecha siniestro	Generador	Mercancía	Causa	VR Pérdida



### Antecedentes de seguros (transportes)

Compañía de seguros	No. Póliza	Vigencia de la póliza



### Información adicional que se debe anexar

1. Estados financieros del último año o cierre contable actualizado
2. Cámara de Comercio actualizada ( no mayor a 0 días
3. Habilitación otorgada por el Ministerio deTransportes
4. Resoluciones DTA,OTM si las hay
5. Sarlaft (este se diligencia cuando el cliente decida tomar la póliza)

Declaramos que tanto la información contenida en esta solicitud como la de los anexos que se adjuntan es verídica y exacta en todas sus partes, y conforman la base del seguro solicitado, aceptamos que la responsabilidad de la compañía de seguros solo comienza cuando ella notifique la aceptación de esta solicitud.



### Autorización tratamiento de datos personales

Declaro que, la Compañía Mundial S.A. identificada con NIT: 860.037.013-6 en su calidad de Responsable de Tratamiento de Datos Personales me han informado: **1)** Que la Política de Tratamiento de Datos Personales se encuentran en la página web <http://www.segurosmondial.com.co/proteccion-de-datos/2> Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños, adolescentes y aquellas que versen sobre datos sensibles y en consecuencia no he sido obligado a responderlas; **3)** Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en las leyes 1266 de 2088 y 1581 de 2012, en especial me asiste el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suprimir mis datos personales.

Autorizo de manera previa, expresa e informada a la Compañía Mundial S.A. y/o cualquier sociedad controlada, directa o indirectamente, que tengan participación accionaria o sean asociados, domiciliadas en Colombia y/o en el exterior, terceros contratados por esta o a quien la represente, en adelante **LA COMPAÑÍA** para que realice el tratamiento de mis datos personales para las siguientes finalidades:

- (i)** Tramitar mi solicitud de vinculación como consumidor financiero, usuario, cliente o cliente potencial;
- (ii)** Negociar, celebrar y ejecutar el contrato de seguro;
- (iii)** Ejecutar y cumplir los contratos que celebre **LA COMPAÑÍA** con entidades en Colombia o en el extranjero para cumplir con su objeto social;
- (iv)** El control y prevención de fraude, lavado de activos, financiación del terrorismo, financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva, soborno o corrupción;
- (v)** Controlar el cumplimiento de requisitos relacionados con el Sistema de Seguridad Social Integral;
- (vi)** Ejecutar acciones, investigaciones y estudios de perfilamiento comercial, técnico, estadístico, actuarial, de analítica, de tendencias de mercado, inteligencia de negocios, hábitos de consumo, definición de patrones; inteligencia artificial; encuestas de satisfacción en la experiencia de cliente;
- (vii)** Enviar información sobre los productos, servicios, eventos, actividades de índole comercial, alianzas y publicidad de **LA COMPAÑÍA**, a través de los medios físicos o virtuales registrados;
- (viii)** Consultar, almacenar, administrar, transferir, procesar y reportar mi comportamiento financiero a los Operadores de la Información;
- (ix)** Transferir o transmitir los datos personales a terceros contratados ubicados en el territorio nacional o en el extranjero, en cumplimiento de obligaciones legales y/o contractuales;
- (x)** Recolectar, almacenar, actualizar, usar, y conservar mis datos personales sensibles, tales como, datos sobre mi estado de salud, que sean indispensables para la prestación del servicio contratado con **LA COMPAÑÍA**, en caso de que aplique;
- (xi)** Recolectar, almacenar, actualizar, usar, y conservar los datos personales de mis hijos o representados menores de edad, en calidad de su representante legal o tutor, que sean indispensables para la prestación del servicio contratado con **LA COMPAÑÍA**, en caso de que aplique;
- (xii)** Acceder a consultar, solicitar, suministrar, reportar, procesar, usar, y en general dar un tratamiento a toda la información contenida en mi historia laboral del RAIS (Régimen de Ahorro individual con Solidaridad) por las veces que se requiera, y a la información que se encuentre administrada por la Asociación Colombiana de Administradoras Fondos de Pensiones (Asofondos)

NIT 860.037.013-6  
Calle 33 # 6B - 24, pisos 1, 2 y 3  
Tel: (601) 285 5600  
Bogotá D.C. - Colombia  
Somos Grandes Contribuyentes  
IVA Régimen Común - Autorretenedores



de Colombia) y por las Administradoras de Fondos de Pensiones en las que he estado vinculado. **(xiii)** Tramitar y gestionar felicitaciones, solicitudes, peticiones o quejas o requerimientos de autoridades en ejercicio de sus funciones; **(vix)** Las demás finalidades que se determinen con base a la ejecución de los procesos de Seguros Mundial, en todo caso que estén acorde a la Ley.

**LA COMPAÑÍA** conservará mis datos personales mientras sea necesario para el cumplimiento de cualquier obligación legal y contractual o para la atención de cualquier queja o reclamo judicial o extrajudicial.

Autorizo de manera previa, expresa e informada a **LA COMPAÑÍA** para tratar mis datos personales para las finalidades anteriormente descritas: Sí  No

Autorizo recibir comunicaciones comerciales y publicitarias personalizadas de **LA COMPAÑÍA** a través de sus canales autorizados: Sí  No

Con la firma del presente documento autorizo a **LA COMPAÑÍA** a realizar gestión de cobranza en caso de que así se requiera, por los siguientes canales: llamada telefónica, correo electrónico, SMS o WhatsApp.

En caso de no autorizar el contacto por alguno de los canales anteriormente mencionados, por favor especifique cuál desea excluir.

Declaro que la totalidad de la información suministrada en este formulario es exacta, y que no se ha omitido voluntariamente, ni siquiera suprimido ningún hecho. También informaré al Asegurador cualquier modificación que ocurra desde este día hasta la fecha de inicio de vigencia de la póliza de seguro.

La tergiversación o no divulgación de cualquier hecho material por parte del solicitante del seguro hará que cualquier póliza emitida sea nula y eximirá a Seguros Mundial de toda responsabilidad en la materia. Manifiesto que las declaraciones y los detalles hechos en este Formulario son ciertos y que no he expresado incorrectamente ni suprimido ningún hecho material.

Acepto que en caso de que haya algún cambio sustancial en las declaraciones hechas aquí antes de la fecha de entrada fecha de inicio de vigencia de la póliza, notificaré a Seguros Mundial y las cotizaciones pendientes pueden ser modificadas y/o retiradas.

**El presente formulario deberá ser firmado por un representante autorizado del Solicitante del seguro.**

Representante legal de la transportadora

Revisor fiscal y / o Contador

Nombre

Nombre

C.C.

C.C.

Firma

Firma



## Información del asesor y / o corredor de seguros

Razón social

Contacto

Correo electrónico

Ciudad

Teléfono

Fax

Clave de intermediación