

NIT 860.037.013-6
Calle 33 # 6B - 24, pisos 1, 2 y 3
Tel: (601) 327 4712 / 13
Bogotá D.C. - Colombia
Somos Grandes Contribuyentes
IVA Régimen Común - Autorretenedores

Fecha

Ciudad



1. Información del tomador

(Si el tomador es el mismo asegurado principal, no requiere diligenciar la información del numeral 2)

Primer apellido **Segundo apellido** **Nombres**

Tipo de documento NIT CC CE Pasaporte Otro ¿Cuál? **N° Identificación**

Fecha de nacimiento **Lugar de nacimiento** **¿Cuál es tu genero?** F M Otro (Especificar)

Dirección (residencia) **E-mail**

Teléfono **Ciudad** **Departamento**

Nacionalidad **EPS** **Prepagada** Sí No ¿Cuál?

Ocupación detallada actual **Estado civil** **Peso** **Estatura** **Edad**



2. Información del asegurado principal

(Diligencie este campo unicamente sí el asegurado principal es diferente del tomador)

Primer apellido **Segundo apellido** **Nombres**

Tipo de documento CC CE Pasaporte Otro ¿Cuál? **N° Identificación**

Fecha de nacimiento **Lugar de nacimiento** **¿Cuál es tu genero?** F M Otro (Especificar)

Dirección (residencia) **E-mail**

Teléfono **Ciudad** **Departamento**

Nacionalidad **EPS** **Prepagada** Sí No ¿Cuál?

Ocupación detallada actual **Estado civil** **Peso** **Estatura** **Edad**

Solicita continuidad Sí No **Nombre Anterior Compañía / Plan**

Señor usuario tenga en cuenta que SEGUROS MUNDIAL sólo estudiará la continuidad a partir del momento en que se presente la certificación de la Compañía anterior en un plazo no mayor a 45 días



3. Información beneficiarios

Solicitante	Tipo de identificación	Número de identificación	Sexo	Primer apellido	Segundo apellido	Nombres completos
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Solicitante	Fecha de nacimiento	Estatura (mts)	Peso (Kg)	Parentesco con el asegurado principal	Estado civil	EPS	Ciudad
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



4. Declaración de asegurabilidad

Lo registrado en la declaración de salud cumple el objetivo de permitir evaluar el riesgo de salud de los asegurados, razón por la que la información debe ser completa, correcta y verídica. La fidelidad de lo registrado en este formulario es de exclusiva responsabilidad del interesado, por lo tanto, esta declaración debe ser diligenciada en su totalidad, por él mismo. Si se trata de menor de edad debe ser diligenciada por la madre, el padre o tutor legal.

NIT 860.037.013-6
 Calle 33 # 6B - 24, pisos 1, 2 y 3
 Tel: (601) 327 4712 / 13
 Bogotá D.C. - Colombia
 Somos Grandes Contribuyentes
 IVA Régimen Común - Autorretenedores



Debe responder en forma precisa las preguntas de este listado, consignando todas aquellas enfermedades diagnosticadas y/o padecimientos o síntomas que hayan requerido o no tratamiento ambulatorio, hospitalario, cirugía y/o incapacidad, cualquiera que sea el tiempo de evolución y su estado actual, incluso recuperado, curado y/o dado de alta.

1. ¿Enfermedades del corazón o enfermedades de la circulación de la sangre, infarto al corazón, arritmias cardíacas, hipertensión arterial, colesterol o triglicéridos altos (tratados con medicamentos), derrames, isquemia o trombosis cerebral, convulsiones, enfermedades de los pulmones, asma, bronquitis crónica, cáncer, leucemia, enfermedades de la sangre, lupus, tumores malignos, SIDA o VIH positivo, insuficiencia renal, cálculos en el riñón, enfermedades de la próstata, endometriosis, quistes o masas en ovarios, hemorragias ginecológicas anormales, prolapsos genitales, esclerosis múltiple, artritis reumatoidea, enfermedad de la glándula tiroides, diabetes, pancreatitis, gastritis, colitis, enfermedad diverticular, hepatitis B o Hepatitis C, cirrosis hepática, retardo mental, trastornos psiquiátricos, demencia, enfermedad de Alzheimer, enfermedad de Parkinson, enfermedades neurológicas, parálisis, deformidades corporales, ceguera o sordera total o parcial, fracturas, hernias, enfermedades de la columna vertebral, consumo de drogas psicoestimulantes, alcoholismo, drogadicción?

- Asegurado principal Sí No
- Beneficiario 1 Sí No
- Beneficiario 2 Sí No
- Beneficiario 3 Sí No
- Beneficiario 4 Sí No
- Beneficiario 5 Sí No

En caso de marcar una o más casillas en la pregunta anterior, por favor indicar Diagnóstico, fecha de diagnóstico y tratamiento actual de el/los beneficiarios:

2. ¿Enfermedades diagnosticadas y/o padecimientos o síntomas que hayan requerido o no tratamiento ambulatorio, hospitalario, cirugía y/o incapacidad diferente a las del numeral anterior, por las que haya recibido o esté recibiendo tratamiento o control médico o si tiene pendiente alguna cirugía?

- Asegurado principal Sí No
- Beneficiario 1 Sí No
- Beneficiario 2 Sí No
- Beneficiario 3 Sí No
- Beneficiario 4 Sí No
- Beneficiario 5 Sí No

En caso de marcar una o más casillas en la pregunta anterior, por favor indicar Diagnóstico, fecha de diagnóstico y tratamiento actual de el/los beneficiarios:

3. ¿Utiliza oxígeno, CPAP o BPAP o dispositivos para administración de oxígeno?

- Asegurado principal Sí No
- Beneficiario 1 Sí No
- Beneficiario 2 Sí No
- Beneficiario 3 Sí No
- Beneficiario 4 Sí No
- Beneficiario 5 Sí No

En caso de marcar una o más casillas en la pregunta anterior, por favor indicar Diagnóstico, fecha de diagnóstico y tratamiento actual de el/los beneficiarios:

4. ¿Se encuentra en estado de embarazo actualmente?

- Asegurado principal Sí No
- Beneficiario 1 Sí No
- Beneficiario 2 Sí No
- Beneficiario 3 Sí No
- Beneficiario 4 Sí No
- Beneficiario 5 Sí No

Enfermedades en el embarazo

¿Cuáles?

- Asegurado principal Sí No
- Beneficiario 1 Sí No
- Beneficiario 2 Sí No
- Beneficiario 3 Sí No
- Beneficiario 4 Sí No
- Beneficiario 5 Sí No

Declaro que lo anotado en esta solicitud es verídico y no tengo nada más que declarar. Así mismo confirmo que no tengo antecedentes legales, todas mis actividades tanto como ocupación y profesión son lícitas y las ejerzo dentro de los marcos legales. Tengo conocimiento de que cualquier falta a la verdad en esta declaración es causal de nulidad de este seguro (Art. 1058 del Código de Comercio Colombiano).

AUTORIZACIÓN PARA SOLICITUD DE HISTORIA CLINICA Y OTROS:

Yo identificado con numero de documento N° , autorizo expresamente a SEGUROS MUNDIAL, para que solicite copia integral de mi historia clinica a los prestadores de servicios de salud. Dicha información debiera contener, el resultado de los exámenes paraclínicos y complementarios, así como cualquier información referida a los datos que en ella se registran o lleguen a registrarse. Declaro así mismo, que dicha información sera utilizada por parte de SEGUROS MUNDIAL SA, con fines de suscribir el seguro de salud y atender las reclamaciones que de este se deriven.



5. Declaración verídica

Declaro que lo anteriormente relacionado es verídico; de no serlo, acepto la nulidad relativa del Contrato de Seguro, dando aplicación a los Artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio (declaración de salud), puesto que estaría incurriendo en reticencia o inexactitud inherente a los hechos o circunstancias descritos, ya que de haber sido conocidas por Compañía Mundial de Seguros S.A., la aseguradora se habría retraído de celebrar el contrato de seguro o inducido a estipular condiciones más onerosas.

NIT 860.037.013-6
Calle 33 # 6B - 24, pisos 1, 2 y 3
Tel: (601) 327 4712 / 13
Bogotá D.C. - Colombia
Somos Grandes Contribuyentes
IVA Régimen Común - Autorretenedores



6. Autorizaciones

Para efectos de las siguientes declaraciones y autorizaciones será Responsable del Tratamiento de Datos LA ASEGURADORA. Entiéndase por LA ASEGURADORA, la(s) sociedad(es) del siguiente listado y con las que efectivamente se suscriban contratos de seguros.

Nombre	Dirección	Teléfonos
Compañía Mundial de Seguros S.A.	Calle 33 No 6b - 24 Bogotá, Colombia.	(57-601) 327 4712-13 Nacional 01 8000 111 935

Declaro expresamente:

I. Que para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS Y/O EL TOMADOR DEL SEGURO, suministro mis datos personales para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende la actividad aseguradora.

II. Que he sido informado de lo siguiente:

CLÁUSULA AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES PERSONA NATURAL

Declaro que, la Compañía Mundial de Seguros S.A. identificada con NIT No. 860.037.013-6 en su calidad de Responsable del Tratamiento de Datos Personales me ha informado: **1)** Que la Política de Tratamiento de Datos Personales se encuentran en la página web <https://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 2008 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 de Seguros 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, solicitar, consultar, almacenar, actualizar, usar, y conservar mis datos personales sensibles, tales como, datos sobre mi estado de salud, indispensables para poder ejecutar el objeto social y la actividad económica de **LA COMPAÑÍA**, en caso de que aplique; **(xi)** Recolectar, consultar, almacenar, actualizar, usar, y conservar los datos personales de mis hijos o representados menores de edad, en calidad de su representante legal o tutor, indispensables para poder ejecutar el objeto social y la actividad económica de **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 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 cual desea excluir _____."

En todos los casos el tomador será el responsable por el pago de la prima de la póliza ante la Compañía de Seguros.

a. Autorizo de manera voluntaria al Asegurador o a quien represente sus derechos ó a la entidad que esta compañía delegue; para consultar, procesar, solicitar, reportar y divulgar a la Central de Información Financiera - CIFIN o a cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos, mi información personal, comercial y financiera así como la información referente a mi comportamiento comercial y/o crediticio.

Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos, en donde se consignarán de manera completa todos los datos referentes a mi actual y pasado comportamiento frente al sector financiero y, en general, frente al cumplimiento de mis obligaciones.

b. Acepto que las condiciones de prima y cobertura del seguro dependen del plan seleccionado.



6. Firma y huella

Firma del asegurado

Ciudad y fecha

Índice derecho