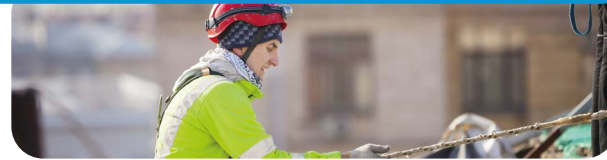


NIT 860.037.013-6
 Calle 33 # 6B - 24, pisos 1, 2 y 3
 Tel: (601) 327 4712 / 13
 Bogotá D.C. - Colombia
 Somos Grandes Contribuyentes
 IVA Régimen Común - Autorretenedores

Fecha de solicitud

Ciudad

Nuevo Modificación



Información del tomador

Nombre tomador

Tipo de identificación NIT CC Número de identificación



Información del asegurado

Primer apellido Segundo apellido Nombres

Tipo de documento CC CE Pasaporte Número de documento Género F M Peso Estatura

Fecha de nacimiento Edad Lugar de nacimiento

Dirección (residencia) E-mail

Teléfono Ciudad Departamento

Nacionalidad Estado civil Ocupación detallada actual



Información de beneficiarios

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	Número de identificación	Parentesco	% Participación
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



Declaración de asegurabilidad (aplica para nuevos asegurados / aumentos de valor asegurado)

Yo, el firmante de este documento, declaro que me encuentro en buen estado de salud y mi habilidad física no se encuentra de alguna manera reducida.

Declaro que lo anotado en esta solicitud es verídico, que mi estado de salud es normal, que no padezco ni he padecido de enfermedades cardio vasculares, cerebro vasculares, trastornos renales, enfermedades congénitas, tensión arterial alta, derrame cerebral, cáncer, tumores, diabetes, trastornos inmunológicos, epilepsia, asma, pérdida funcional o anatómica, VIH o Sida. En la actualidad no sufro de enfermedades crónicas, afecciones ni adicciones que incidan sobre mi estado de salud y no he sido sometido ni me han programado intervenciones quirúrgicas en razón a las enfermedades anteriormente mencionadas o, de dolencias directamente relacionadas con las mismas en forma casual o consecencial. Declaro que no me encuentro actualmente en ningún tratamiento médico por alguna de las enfermedades relacionadas anteriormente o cualquiera otra diferente no expresamente relacionada. Manifiesto que no estoy en proceso de calificación de invalidez y que no se me ha manifestado ningún indicio médico que suponga una pérdida de la capacidad laboral en la actualidad. No practico ningún deporte de los considerados de alto riesgo o deportes extremos, tales como pero no exclusivamente, boxeo, troteo, alas delta, escalada, alpinismo, automovilismo, motociclismo, kartismo, entre otros. Así mismo confir mo 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).

Cuenta con el esquema completo de vacunación contra el Covid Sí No Primera dosis Segunda dosis Dosis de refuerzo Ninguna

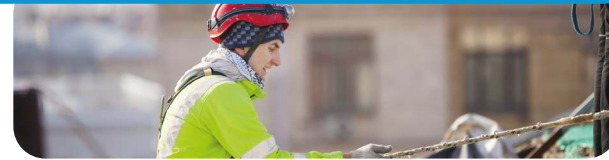
En caso de haber padecido alguna de las enfermedades mencionadas u otra cualquiera, o de tener alguna limitación física o de practicar algún deporte extremo o de alto riesgo, favor relacionar a continuación:

Enfermedad	Año de diagnóstico	Tratamiento
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Calificación del riesgo (uso exclusivo de la aseguradora)

Declaro que lo arriba indicado es verídico. Por otra parte, acepto la nulidad relativa del Contrato de Seguro, dando aplicación a los Artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio (declaración de salud), si en la presente solicitud incurriere en reticencia o inexactitud inherente a los hechos o circunstancias descritos, que de haber sido conocidas por la Compañía Mundial de Seguros S.A., la hubieran 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



Autorización de tratamiento de datos personales

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 cuál desea excluir

En todos los casos la prima es asumida por el tomador - asegurado quienes conocen el valor al momento de diligenciar la solicitud individual de seguro

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 de seguro 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.

a. Autorizo de manera voluntaria a la Aseguradora o a quien represente sus derechos o 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 consignan 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.



Firma y huella

Firma del asegurado

Ciudad y fecha

Índice derecho

