

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 - Autoretenedores



Ciudad **Fecha de expedición** **Intermediario**

Tipo de póliza Individual Colectiva

Tipo de movimiento Póliza nueva Renovación

Datos tomador
Persona natural

Nombre

Tipo de documento **N.º doc. identidad**

Fecha de expedición **Lugar de expedición** **Nacionalidad**

Actividad económica Independiente Asalariado Estudiante Ama de casa Rentista Socio Pensionado

Detalle su actividad económica **CIU**

Ciudad residencia **Departamento** **Dirección residencia**

Teléfono residencia **Celular**

E-mail **Sexo** Femenino Masculino

E-mail facturación electrónica

¿Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? Sí No **¿Es usted una persona expuesta políticamente (PEP)?** Sí No

¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada políticamente expuesta? Sí No **En caso afirmativo, por favor especifique**

¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otros países o grupo de países? Sí No **En caso afirmativo, por favor especifique**

Ingresos mensuales **Egresos mensuales** **Otros ingresos**

Activos **Pasivos** **Concepto otros ingresos**

Persona jurídica

Razón o denominación social **NIT. (con dígito de verificación)**

Representante legal

Nombre **Tipo de documento**

N.º doc. identidad **Fecha de expedición** **Lugar de expedición**

Datos oficina principal

Dirección **Ciudad** **Teléfono**

Tipo de empresa Pública Privada Mixta Otra **¿Cuál?**

Actividad económica Industrial Transporte Agrícola Servicios financieros Comercial Construcción Civil Otra **¿Cuál?** **CIU**

Declaración de origen de fondos y autorización consulta centrales de riesgo

Declaro expresamente que:

Declaración de Origen de Fondos y Autorización Consulta Centrales de Riesgo.

- Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación o negocio): _____
- Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal. Los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
- La Información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.
- Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
- Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ASEGURADORA, la COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A. Dirección: Cañ 33B No 6B 24 Pisos 1 al 4 en la ciudad de Bogotá D.C., teléfono (601) 2855600, y/o cualquier sociedad controlada, directa o indirectamente, por la misma sociedad matriz la sociedad(es) antes mencionada(s).

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 - Autoretenedores



Autorización 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 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, 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 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; **(xiv)** 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



Firma y huella

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento.



Firma cliente o Representante legal

Huella

Datos Asegurado

¿El asegurado es el mismo Tomador? Sí No

En caso de no ser el mismo, por favor diligenciar la siguiente información

Apellidos / Razón social Nombres

Tipo de documento N.º doc. identidad

Fecha de nacimiento Lugar de nacimiento Ciudad

Departamento Dirección

Barrio Teléfono Celular

Si es Persona Jurídica, diligencie la siguiente información

Nombre Representante legal Cédula número

Tipo de empresa Pública Privada Mixta Otra ¿Cuál?

Actividad económica Industrial Transporte Agrícola Servicios financieros
 Comercial Construcción Civil Otra ¿Cuál? CIU

