

SOLICITUD SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL PARA AUTOS

Ciudad:		Livianos <input type="checkbox"/>		Pesados <input type="checkbox"/>		Motos <input type="checkbox"/>		Intermediario		
		Fecha de Expedición								
		DD	MM	AAAA						
Tipo de póliza:		Individual <input type="checkbox"/>		Colectiva <input type="checkbox"/>		No. Póliza:				
Tipo de movimiento:		Póliza Nueva <input type="checkbox"/>		Inclusión <input type="checkbox"/>		Reemplazo <input type="checkbox"/>				
Datos Tomador										
Persona Natural										
Primer Apellido		Segundo Apellido			Nombres					
Tipo de Documento		Número Documento			Fecha de Expedición			Lugar de Expedición		
C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>					DD	MM	AAAA			
Fecha de Nacimiento		Lugar de Nacimiento			Nacionalidad			Ocupación / Oficio		
DD	MM	AAAA								
Actividad Económica		Independiente <input type="checkbox"/> Asalariado <input type="checkbox"/> estudiante <input type="checkbox"/> Ama de Casa <input type="checkbox"/> Rentista <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/>								
Detalle su actividad económica							CIU			
Profesión		Empresa donde trabaja			Area			Cargo		
Ciudad Laboral		Dirección Laboral			Departamento		Teléfono Laboral		Fax Laboral	
Ciudad Residencia	Departamento	Dirección Residencia			Barrio		Teléfono residencia		Celular	
E-mail						Sexo	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>			
Grado Escolar					Estado Civil					
Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> Post-Grado <input type="checkbox"/>					Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> U. Libre <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/>					
¿Por su cargo o actividad maneja recursos públicos?			¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público?			¿Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público?				
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
Si alguna de las preguntas anteriores es afirmativa por favor especifique:										
¿Existe algun vínculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta?					En caso afirmativo por favor especifique:					
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>										
¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otros países o grupo de países?					En caso afirmativo por favor especifique:					
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>										
Ingresos mensuales		Egresos Mensuales		Otros Ingresos		Activos		Pasivos		
\$		\$		\$		\$		\$		
Concepto otros ingresos										
Persona Jurídica										
Razón o denominación social							Nit. (Con dígito de verificación)			
Representante Legal										
Primer Apellido		Segundo Apellido			Nombres					
Tipo de Documento		Número Documento de Identificación			Lugar de Expedición			Fecha de Expedición		
C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>								DD	MM	AAAA
Datos Oficina Principal										
Dirección		Ciudad			Teléfono			Fax		
Tipo de Empresa		Publica <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/>		Cual?				Mixta <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>		
Actividad Económica							CIU			
Industrial <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Agrícola <input type="checkbox"/> Servicios Financieros <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Construcción <input type="checkbox"/> Civil <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>										
Cual?										

Identificación de los accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente mas del 5% del capital social, aportes o participación. (En caso de requerir mas espacio debe anexarse la relación).

Tipo ID (C.C. - C.E - T.I. - NIT)	Número ID	Nombre	Por su cargo o actividad, maneja recursos públicos?	Por su cargo o actividad, ejerce algun grado de poder público?	Por su actividad u oficio, goza de reconocimiento público?	Esta usted obligado a declaracion tributaria en otro pais o grupo de paises? Indique
			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Ingresos mensuales		Egresos Mensuales	Otros Ingresos	Activos	Pasivos	
\$		\$	\$	\$	\$	
Concepto otros ingresos						

Actividad en Operaciones Internacionales

Realiza transacciones en Moneda Extranjera?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Importaciones <input type="checkbox"/>	Inversiones <input type="checkbox"/>	Productos financieros en el exterior <input type="checkbox"/>	Exportaciones <input type="checkbox"/>	
		Transferencias <input type="checkbox"/>	Pago de servicios <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	Cual? <input type="checkbox"/>	
Tipo de Producto	Identificación o Número de Producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda

Datos del Vehículo

Placa	Marca	Clase	Línea	Cilindraje
Modelo	No. Motor	No. Chasis / Serie	Color	Dispositivo de Seguridad
				Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cual? <input type="checkbox"/>
Valor Comercial del Vehículo	Uso	Servicio	Código Fasecolda	
	Personal (familiar) <input type="checkbox"/> Comercial (carga) <input type="checkbox"/>	Particular <input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> Especial <input type="checkbox"/>		

Coberturas Contratadas

Coberturas (seleccione el plan)

1. Responsabilidad Civil Extracontractual

Daños a bienes de terceros

Lesión o Muerte a una persona

Lesión o Muerte a dos o mas personas

2. Responsabilidad Civil Extracontractual en Exceso

3. Amparo de Protección Patrimonial

4. Accidentes Personales

5. Amparo de Gastos de Grúa, Transporte y protección

6. Amparo de Gastos Médicos

7. Asistencia Jurídica

8. Asistencia en Viaje

Limite asegurado

\$

\$

\$

\$

Si No

Si No

Si No

Si No

Si No

Si No

Declaracion de Origen de Fondos y Autorizacion Consulta Centrales de Riesgo

Declaro expresamente que:

1. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación o negocio):

2. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.

3. La Información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente

4. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terrorista o actividades terroristas.

5. Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ASEGURADORA, la COMPANIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A. , Dirección: Calle 33B No 6B 24 Pisos 1 al 4 en la Ciudad de Bogotá D.C., Teléfono 2855600, y/o cualquier sociedad controlada, directa o indirectamente, por la misma sociedad matriz de las sociedad(es) antes mencionada(s).

Declaro expresamente:

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

II. Que LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS me han informado, de manera expresa:

1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, para las siguientes finalidades: i) El trámite de mi solicitud de vinculación como consumidor financiero, deudor, contraparte contractual y/o proveedor ii) El proceso de negociación de contratos con LA ASEGURADORA, incluyendo la determinación de primas y la selección de riesgos. iii) La ejecución y el cumplimiento de los contratos que celebre. iv) El control y la prevención del fraude. v) La liquidación y pago de siniestros. vi) Todo lo que involucre la gestión integral del seguro contratado. vii) Controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral viii) La elaboración de estudios técnico actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general, estudios de técnica aseguradora. ix) Envío de información relativa a la educación financiera, encuestas de satisfacción de clientes y ofertas comerciales de seguros, así como de otros servicios inherentes a la actividad aseguradora. x) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, xi) Envío de información de posibles sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS), en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), y o las normas que lo modifiquen y las reglamentaciones aplicables xii) Intercambio o remisión de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales e

intergubernamentales suscritos por Colombia, xiii) La prevención y control del lavado de activos y la financiación del terrorismo. xiv) Consulta y envío de información a las centrales de riesgo crediticio.

2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por las citadas sociedades o por los encargados del tratamiento que ellas consideren necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACIÓN: Que los datos podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas, a: i) Las personas jurídicas que tienen la calidad de filiales, subsidiarias o vinculadas, o de matriz de LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. ii) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, tales como: ajustadores, call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, entre otros. iii) LOS INTERMEDIARIOS DE SEGUROS que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro. iv) Las personas con las cuales LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS adelante gestiones para efectos de celebrar contratos de Coaseguro o Reaseguro. v) FASECOLDA, INVERFAS S.A. y el INIF, personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraudes, la selección de riesgos, y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales.

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAÍSES: Que en ciertas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir las finalidades del tratamiento.

5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, los relativos a la salud y a los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia exige las mismas.

6. DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN: 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 suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: Que los Responsables del tratamiento de la información son LAS ASEGURADORAS Y/O LOS INTERMEDIARIOS, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfieran, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal v) del numeral 3 anterior, serán: a) FASECOLDA cuya dirección es Carrera 7 No. 26 - 20 Pisos 11 y 12, email: fasecolda@fasecolda.com Tel. 3443080 de la ciudad de Bogotá D.C. b) INVERFAS S.A. cuya dirección es Carrera 7 No. 26 - 20 Piso 11, email: inverfas@fasecolda.com Tel. 3443080 de la ciudad de Bogotá D.C. c) INIF - Instituto Nacional de Investigación y Prevención del Fraude al Seguro cuya dirección es Carrera 13 No. 37-43, piso 8, email: directoroperativo@inif.com.co Tel. 2320105 de la ciudad de Bogotá D.C.

III. AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZO el Tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizo, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que me fueron informados en este documento incluidos los sensibles y autorizo, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que me fueron informados en este documento.

Firma y Huella

COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, 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

Apellidos / Razón Social:		Nombre(s)			
Tipo de Documento	Número Documento	Fecha de Nacimiento		Lugar de Nacimiento	
C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		DD	MM	AAAA	
Ciudad	Departamento	Dirección		Barrio	Teléfono / Celular
Si es Persona Jurídica diligencie la siguiente información:					
Nombre Representante Legal		Cédula Número		Tipo de Empresa	
				Pública <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Cual? <input type="checkbox"/>	
Actividad Económica					CIU
Industrial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Construcción <input type="checkbox"/> Agrícola <input type="checkbox"/> Civil <input type="checkbox"/> Servicios Finan <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Cual? <input type="checkbox"/>					

Información de la Entrevista

Verificación de la Información

Lugar de la entrevista			Fecha de la entrevista			Ciudad	
			DD	MM	AAAA		
Fecha de la entrevista		Hora	Resultado		Nombre y cargo de quien verifica		
DD	MM	AAAA	Aprobado <input type="checkbox"/> Rechazado <input type="checkbox"/>				
Observaciones			Observaciones				
Nombre Intermediario / Asesor responsable / entrevistador				Clave			
FIRMA INTERMEDIARIO / ASESOR RESPONSABLE / ENTREVISTADOR				FIRMA			