

SOLICITUD SEGURO DE VIDA GRUPO EDUCATIVO

SUCURSAL									
TOMADOR		ASEGURADO 1 (Apellidos y Nombre(s))							
CORREO ELECTRÓNICO					TIPO DE DOCUMENTO				
No.	FECHA DE EXPEDICIÓN			EDAD	FECHA DE NACIMIENTO				
	DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA		
NACIONALIDAD		DIRECCIÓN DE RESIDENCIA			CIUDAD				
HOBBIES / DEPORTES QUE PRACTICA			PESO		ESTATURA				
TELÉFONO DE OFICINA		TELÉFONO DE RESIDENCIA			CIUDAD				
PROFESIÓN U OFICIO		ACTIVIDAD		CIU	CELULAR				
EMPRESA DONDE LABORA			ACTIVIDAD DE LA EMPRESA						
Las actividades a las que se dedica son lícitas y las ha ejercido dentro de los marcos legales?				SI	NO				
Ha recibido alguna amenaza durante su vida?				SI	NO				
En caso afirmativo, cuándo?									
Por su cargo o actividad maneja recursos públicos?				SI	NO				
Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público?				SI	NO				
Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público general?				SI	NO				
Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta?				SI	NO				
Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otro país o grupo de países?				SI	NO				
En caso afirmativo indique el país									
INGRESOS MENSUALES \$			ACTIVOS \$						
EGRESOS MENSUALES \$			PASIVOS \$						
CONCEPTO OTROS INGRESOS \$									
Realiza transacciones en moneda extranjera?				SI	NO				
Cuál?		Tipo de Productos							

FECHA DE LA SOLICITUD			CALENDARIO DEL COLEGIO			<input type="checkbox"/> RENOVACIÓN <input type="checkbox"/> NUEVO		
DD	MM	AAAA				MODALIDAD		
						<input type="checkbox"/> 1. VIDA <input type="checkbox"/> 2. VIDA		
ASEGURADO 2 (Apellidos y Nombre(s))								
CORREO ELECTRÓNICO					TIPO DE DOCUMENTO			
No.	FECHA DE EXPEDICIÓN			EDAD	FECHA DE NACIMIENTO			
	DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA	
NACIONALIDAD		DIRECCIÓN DE RESIDENCIA			CIUDAD			
HOBBIES / DEPORTES QUE PRACTICA				PESO		ESTATURA		
TELÉFONO DE OFICINA		TELÉFONO DE RESIDENCIA			CIUDAD			
PROFESIÓN U OFICIO		ACTIVIDAD		CIU	CELULAR			
EMPRESA DONDE LABORA				ACTIVIDAD DE LA EMPRESA				
Las actividades a las que se dedica son lícitas y las ha ejercido dentro de los marcos legales?						SI	NO	
Ha recibido alguna amenaza durante su vida?						SI	NO	
En caso afirmativo, cuándo?								
Por su cargo o actividad maneja recursos públicos?						SI	NO	
Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público?						SI	NO	
Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público general?						SI	NO	
Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta?						SI	NO	
Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otro país o grupo de países?						SI	NO	
En caso afirmativo indique el país								
INGRESOS MENSUALES \$			ACTIVOS \$					
EGRESOS MENSUALES \$			PASIVOS \$					
OTROS INGRESOS \$								
Realiza transacciones en moneda extranjera?						SI	NO	
Cuál?		Tipo de Productos						

Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):

BENEFICIARIO A TITULO GRATUITO

APELLIDOS Y NOMBRE(S)	PARENTESCO CON EL ASEGURADO	GRADO	FECHA DE NACIMIENTO	COBERTURA	RENDA EN PESOS		VALOR PRIMA
					MENSUAL	SEMESTRAL	
LA INDEMNIZACIÓN DEBE PAGARSE A:				PARENTESCO	TOTAL ASEGURADO 1		
<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DEL MENOR <input type="checkbox"/> COLEGIO <input type="checkbox"/> BENEFICIARIO <input type="checkbox"/> OTRO					TOTAL ASEGURADO 2		
					TOTAL PRIMAS		

NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA A QUIEN SE DEBE PAGAR LA INDEMNIZACIÓN

C.C. o NIT DE TELÉFONO

INTERMEDIARIO

PROMOTOR

LIQUIDACIÓN

VALOR PRIMA	
DESCUENTO No. BENEFICIARIO %	
DESCUENTO 2 VIDAS %	
VALOR EXTRAPRIMA	
<b>VALOR PRIMA TOTAL A PAGAR</b>	

## DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

Manifiesto que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han echo o me harán sobre datos personales, así como las declaraciones que he realizado, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia no eh sido obligado a responder o declarar, 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 datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario, se debe tener en consideración lo establecido en el capítulo XI del título y de la circular básica jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia.

### DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

Se encuentra en buen estado de salud?	SI	NO	
Ha sufrido o padece alguna enfermedad?	SI	NO	
En caso afirmativo ¿Cuál?			
Desde cuándo?			
ha padecido o padece de alguna enfermedad, o afección, o lesión, o incapacidad relacionada con lo siguiente: trastornos cardiovasculares o trastornos renales o tensión arterial, o derrames cerebrales o cáncer, o leucemia o diabetes, trastornos inmunológicos, o padecimientos relacionados con el VIH o SIDA, o tumores, o cálculos, o incapacidad o defectos físicos?	SI	NO	
En caso afirmativo ¿Cuál?			
Desde cuándo?			
Según su leal saber y entender, conoce la existencia de cualquier otra enfermedad, o trastornos, o estado patológico o afección distinta a las mencionadas anteriormente?	SI	NO	
En caso afirmativo ¿Cuál?			
Tiene alguna cirugía pendiente?	SI	NO	
En caso afirmativo de qué y cuándo?			
Practica algún deporte de manera competitiva de los considerados de alto riesgo: (por ejemplo: paracaidismo, motociclismo, montañismo, alas delta, aviación no comercial, ultralivianos, automovilismo, etc)	SI	NO	
En caso afirmativo, mencione qué deporte y con qué frecuencia lo practica			
<b>Solo para mujeres.</b> Se encuentra en estado de embarazo?			
	SI	NO	

### DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

Se encuentra en buen estado de salud?	SI	NO	
Ha sufrido o padece alguna enfermedad?	SI	NO	
En caso afirmativo ¿Cuál?			
Desde cuándo?			
ha padecido o padece de alguna enfermedad, o afección, o lesión, o incapacidad relacionada con lo siguiente: trastornos cardiovasculares o trastornos renales o tensión arterial, o derrames cerebrales o cáncer, o leucemia o diabetes, trastornos inmunológicos, o padecimientos relacionados con el VIH o SIDA, o tumores, o cálculos, o incapacidad o defectos físicos?	SI	NO	
En caso afirmativo ¿Cuál?			
Desde cuándo?			
Según su leal saber y entender, conoce la existencia de cualquier otra enfermedad, o trastornos, o estado patológico o afección distinta a las mencionadas anteriormente?	SI	NO	
En caso afirmativo ¿Cuál?			
Tiene alguna cirugía pendiente?	SI	NO	
En caso afirmativo de qué y cuándo?			
Practica algún deporte de manera competitiva de los considerados de alto riesgo: (por ejemplo: paracaidismo, motociclismo, montañismo, alas delta, aviación no comercial, ultralivianos, automovilismo, etc)	SI	NO	
En caso afirmativo, mencione que deporte y con que frecuencia lo practica			
<b>Solo para mujeres.</b> Se encuentra en estado de embarazo?			
	SI	NO	

## AUTORIZACIONES

Declaro expresamente que 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.

1. Autorizo expresamente a la compañía Mundial de Seguros S.A., ubicada en la calle 33 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), para contactarme (nos) telefónica o electrónicamente a fin de solicitar el suministro y complemento de mi (nuestra) información financiera, comercial y de mis datos personales de acuerdo con los fines precontractuales y contractuales que comprende la actividad aseguradora; así mismo, la aseguradora me ha informado de manera expresa que mis datos personales serán tratados para las siguientes finalidades: i) el trámite de mi solicitud de vinculación como consumidor financiero, deudor y/o contraparte contractual. 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 se 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) la elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencia del mercado y, en general, estudio de técnica aseguradora. viii) 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. ix) realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la aseguradora. x) la prevención y el lavado de activos y la financiación del terrorismo. xi) consulte, almacene, administre, transfiera y reporte a las centrales de riesgo que considere necesario, o a cualquier otra entidad autorizada, la información del presente formulario y aquella formulada del contrato que se celebre o de cualquier otro vínculo contractual y que resulte de todas las operaciones que directa o indirectamente se le haya otorgado a la aseguradora o se le otorgue en el futuro, así como sobre novedades, referencia y manejo de las pólizas y demas servicios que surgan. 2. el tratamiento podra 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 compañía mundial de seguros S.A. ii) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la Compañía Mundial de Seguros S.A, 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 Compañía Mundial de Seguros S.A. Adelante gestiones para efectos de celebrar contratos de Coaseguro o Reaseguro. 4. 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, a actuar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi. 5. Responsables y encargados del tratamiento de la información: que los responsables del tratamiento de la información son la compañía Mundial de seguros S.A. y los intermediarios de seguros, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. **AUTORIZACIÓN:** De manera expresa, AUTORIZO el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizo, de ser necesario, la transferencia nacional en internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los terminos que me fueron informados en este documento.

Al firmar la presente solicitud manifiesto que todas las respuestas son exactas, completas y verídicas, por tanto declaro que en el evento que sea aprobada la solicitud, cualquier omisión, inexactitud o reticencia en la información suministrada a Mundial Seguros, podrá proceder de conformidad con lo establecido en el Art. 1058 concordante con los Art. 1158 y 1161 del código de comercio. Por medio de este formato AUTORIZO expresamente a cualquier persona natural o jurídica que me haya brindado atención médica u odontología, para que suministre a Mundial Seguros, copia de mi historia clínica y de todos los datos que posean sobre mi salud y que solicite en cualquier momento, aún después de mi fallecimiento.

RENUNCIO por tanto, a todas las disposiciones de ontología médica y de ley que prohíban a los médicos y cirujanos, hospitales, clinicas o centros asistenciales que me hayan atendido revelar cualquier información adquirida con motivo de diagnostico o tratamiento. La anterior declaración la hago para efectos de descartar cualquier negativa, aduciendo la reserva contemplada en las normas y jurisprudencias que al respecto la regula o llegare a regualr.

<b>FIRMA SOLICITANTE 1</b>					Huella				
<b>FECHA</b>	DD	MM	AAAA	C.C.					
<b>INFORMACIÓN ENTREVISTA</b>									
Lugar de la Entrevista:			Fecha de la Entrevista:		DD	MM	AAAA		
Hora de la Entrevista:		Observaciones:							
Nombre del Intermediario o Asesor									
Firma del Intermediario o Asesor									
Resultado de la Entrevista					<input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Rechazado				

<b>FIRMA SOLICITANTE 2</b>					Huella				
<b>FECHA</b>	DD	MM	AAAA	C.C.					
<b>CONFIRMACIÓN DE LA INFORMACIÓN</b>									
Fecha de la Verificación		DD	MM	AAAA	Hora de la Confirmación				
Nombre y Cargo de quien verifica									
Firma					Observaciones				