

**FORMULARIO DE SOLICITUD DE COTIZACIÓN
 PÓLIZA GLOBALIANE**

DATOS GENERALES										
Razón Social					Nombre Comercial					
Nit:		Dirección:			Ciudad:		Departamento:			
Telefono:					Fax:					
Contactos										
Nombre 1:					Cargo:					
Telefono:					E-mail					
Nombre 2:					Cargo:					
Telefono:					E-mail					
Actividad de la empresa (codigo CIUU):					Bienes o servicios objeto del Seguro:					
Fecha de Constitución:		DD		MM		AAAA	Capital Social Suscrito(COL\$):			
Tipo de Empresa:					A que régimen pertenece:					
Cuenta su empresa con un certificado de Aseguramiento de Calidad?							SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Cuenta su empresa con un Departamento de Crédito y Cartera?							SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
INFORMACIÓN COMERCIAL										
Distribución de ventas previstas en la anualidad										
Volumen de Ventas		Domestic (en miles de pesos)				Exportación (En miles de US\$)				
De Contado										
A crédito										
Total de Ventas										
Ventas año anterior										
INFORMA DE CARTERA DOMÉSTICO										
Año	Cartera Vencida Superior a seis meses			Provisión de Créditos de dudoso Cobro	Cartera Irrecuperable					
	Cantidad	Valor (miles de pesos)								
EXPORTACIÓN										
Año	Cartera Vencida Superior a seis meses			Provisión de Créditos de dudoso Cobro	Cartera Irrecuperable					
	Cantidad	Valor (miles de US\$)								

**FORMULARIO DE SOLICITUD DE COTIZACIÓN
 PÓLIZA GLOBALIANE**

INFORMACIÓN GENERAL DE RIESGO				
Doméstico Distribución Sectorial y por límites de Crédito de las Ventas				
Cupo de crédito	No. de Clientes	Actividad de Clientes	No. de Clientes	
Hasta 10 millones				
De 10 a 30 millones				
De 30 a 50 millones				
De 50 a 150 millones				
De 150 a 250 millones				
De 250 a 500 millones				
Más de 500 millones				
EXPORTACIÓN Distribución por País y por máximo límite de Crédito				
Rango Máximo Saldo	No. de Clientes	País	No. de Clientes	Valor Ventas Estimado US\$
Hasta US\$5.000				
De US\$5.001 a US\$10.000				
De US\$10.001 a US\$20.000				
De US\$20.001 a US\$50.000				
De US\$50.001 a US\$100.000				
De US\$100.001 a US\$500.000				
De US\$500.001 a US\$1.000.000				
De US\$1.000.001 a US\$2.000.000				
Más de US\$ 2.000.001				
Discriminación % sobre las ventas a Crédito				
PLAZO	DOMÉSTICO	EXPORTACIÓN		
30 días				
60 días				
90 días				
120 días				
150 días				
180 días				
otros				
Cuáles de los siguientes documentos utiliza para la asignación de cupos de crédito?				
Estados Financieros <input type="checkbox"/>	Referencias Comerciales <input type="checkbox"/>	Reporte de Visita Comercial <input type="checkbox"/>	Certificado de Constitución y Gerencia <input type="checkbox"/>	
Referencias Bancarias <input type="checkbox"/>	Ninguna de las Anteriores <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>	Cuales? <input type="checkbox"/>	

**FORMULARIO DE SOLICITUD DE COTIZACIÓN
PÓLIZA GLOBALLIANCE**

Clientes más importantes					
Nombre del cliente	No. Identificación	País	Cupo de crédito	Ventas año anterior	¿Ha tenido Inconvenientes?
					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"/>

¿Tiene su empresa Contrato de Seguro de Crédito?	
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Vencimiento:
	Compañía:

CLAUSULA DE AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ASEGURADORA, la COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A. , Dirección: Calle 33B No 6B 24 Pisos 1 al 3 en la Ciudad de Bogotá D.C., e-mail consumidorfinanciero@segurosmondial.com.co, líneas de atención al Cliente 018000111935 a nivel nacional y (601) 3274712 o 3274713 desde Bogotá ,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),) 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 IV del Título IV de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia exige las mismas, y la Ley 1581 de 2012.

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. (601) 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. (601) 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. (601) 2320105 de la ciudad de Bogotá D.C.

III. He sido informado que la política de tratamiento de datos personales de LA ASEGURADORA la puedo encontrar completa en <http://www.segurosmondial.com.co/servicio-al-cliente/>

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.

NOMBRE	FIRMA CLIENTE
<p>* Las informaciones facilitadas en el siguiente formulario tienen carácter estrictamente confidencial y constituirán la base del seguro en caso de emitirse una póliza.</p> <p>* En ningún caso este documento constituye una obligación de formalizar un seguro ni obliga al asegurador a la aceptación del riesgo.</p>	

SUS-7-R-1