

Ciudad \_\_\_\_\_ Fecha de Solicitud \_\_\_\_\_  
 D / M / A Nuevo  Modificación

**INFORMACIÓN DEL TOMADOR**

Nombre Tomador \_\_\_\_\_ Tipo Identificación \_\_\_\_\_ No. Identificación \_\_\_\_\_  
 NIT  CC

**INFORMACIÓN DEL ASEGURADO**

Nombre Tomador - Asegurado \_\_\_\_\_ Tipo Identificación \_\_\_\_\_ No. Identificación \_\_\_\_\_  
 CC  CE

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento \_\_\_\_\_ Género \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_  
 D / M / A F  M

Dirección Residencia \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_ Nacionalidad \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_ Ocupación Detallada Actual \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO**

(La indemnización se pagará al Beneficiario designado por el Asegurado. De no existir designación se pagará a los Beneficiarios de Ley)

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	No. de Identificación	Parentesco	% Participación

**DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD (APLICA PARA NUEVOS ASEGURADOS / AUMENTOS DE VALOR ASEGURADO)**

Marque con una X  YO, EL ABAJO FIRMANTE DECLARO QUE ME ENCUENTRO EN BUEN ESTADO DE SALUD Y MI HABILIDAD FISICA 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, toreo, alas delta, escalada, alpinismo, automovilismo, motociclismo, kartismo, entre otros. Así mismo confirmo 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).

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 Diagnosticado	Tratamiento

**CALIFICACIÓN DEL RIESGO (Uso exclusivo de la Aseguradora)**

**DECLARACIONES**

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.

**AUTORIZACIONES**

Autorizo expresamente a cualquier médico, empleado de hospital o cualquier persona que me haya atendido o haya sido consultada por mi para que suministre a la Compañía Mundial de Seguros S.A. toda la información que ella considere necesaria. 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. Para efectos de las siguientes declaraciones y autorizaciones será Responsable del Tratamiento de Datos LA ASEGURADORA. Entiéndase por LA ASEGURADORA, la(s) sociedad(es) del siguiente listado y con las que efectivamente se suscriban contratos de seguros.

Nombre	Dirección	Teléfonos
Compañía Mundial de Seguros S.A.	Calle 33 No. 6B - 24 Bogotá, Colombia	(57 - 1) 285 5600 Nacional 01 8000 111 935

**CLÁUSULA AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES PERSONA NATURAL**

Declaro que la Compañía Mundial de Seguros S.A. identificado con Nit. 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>; 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 Seguros Mundial y/o cualquier sociedad controlada, directamente 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 con las siguientes finalidades:

- (i) Tramitar mi solicitud de vinculación como consumidor financiero y/o cliente; (ii) Negociar y celebrar el contrato de seguro y ejecución del mismo; (iii) Ejecutar y cumplir los contratos que celebre LA COMPAÑÍA con entidades en Colombia o en el extranjero para cumplir la actividad aseguradora; (iv) El control y prevención de fraudes, lavado de activos, financiación del terrorismo o financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva; (v) Determinar y liquidar pagos de siniestros; (vi) Controlar el cumplimiento de requisitos relacionados con el Sistema de Seguridad Social Integral; (vii) Elaborar estudios técnico-actuariales, encuestas, análisis de tendencias de mercado y en general cualquier estudio técnico o de campo relacionado con el sector asegurador o la prestación de servicios de LA COMPAÑÍA; (viii) 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, ejecutar acciones de perfilamiento comercial; prospección; hábitos de consumo; analítica; identificación de tendencias de mercado; definición de patrones; inteligencia de negocios; labores de inteligencia artificial; encuestas de satisfacción en la experiencia de cliente; investigaciones de riesgos, estadísticas y financieras; (ix) Consultar, almacenar, administrar, transferir, procesar y reportar mi comportamiento financiero a las Centrales de Información o bases de datos debidamente constituidas; (x) Crear, registrar y actualizar bases de datos de acuerdo a las características y perfiles de los titulares de Datos Personales; (xi) Enviar información financiera de sujetos de tributación en los Estados Unidos al IRS o a otras autoridades de Estados Unidos u otros países, en los términos del FATCA o de normas de similar naturaleza de terceros países o de tratados internacionales; (xii) Transferir o transmitir mis datos personales a terceros países en cumplimiento del contrato de seguro; (xiii) Recolectar, solicitar, consultar, almacenar, actualizar, usar, y conservar mis datos personales sensibles incluyendo la Historia Clínica y datos sobre mi estado de salud; (xiv) Recolectar, consultar, almacenar, actualizar, usar, y conservar los datos personales de mis hijos menores de edad en mi calidad de su representante legal, siempre y cuando se cumpla con el interés prevalente del menor conforme al artículo 12 del Decreto 1377 de 2013;

LA COMPAÑÍA conservará mis datos personales mientras sea necesario para el cumplimiento de cualquier obligación legal y contractual o 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 con las finalidades descritas anteriormente. SI \_\_\_ NO \_\_\_

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 ó a la entidad que esta compañía delegue; para consultar, procesar, solicitar, reportar y divulgar a la Central de Información Financiera - CIFI 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 DEL ASEGURADO \_\_\_\_\_ CIUDAD Y FECHA \_\_\_\_\_ HUELLA \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Fecha de Solicitud \_\_\_\_\_  
 D / M / A Nuevo  Modificación

**INFORMACIÓN DEL TOMADOR**

Nombre Tomador \_\_\_\_\_ Tipo Identificación \_\_\_\_\_ No. Identificación \_\_\_\_\_  
 NIT  CC

**INFORMACIÓN DEL ASEGURADO**

Nombre Tomador - Asegurado \_\_\_\_\_ Tipo Identificación \_\_\_\_\_ No. Identificación \_\_\_\_\_  
 CC  CE

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento \_\_\_\_\_ Género \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_  
 D / M / A F  M

Dirección Residencia \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_ Nacionalidad \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_ Ocupación Detallada Actual \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO**

(La indemnización se pagará al Beneficiario designado por el Asegurado. De no existir designación se pagará a los Beneficiarios de Ley)

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	No. de Identificación	Parentesco	% Participación

**DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD (APLICA PARA NUEVOS ASEGURADOS / AUMENTOS DE VALOR ASEGURADO)**  
 Marque con una X

YO, EL ABAJO FIRMANTE DECLARO QUE ME ENCUENTRO EN BUEN ESTADO DE SALUD Y MI HABILIDAD FISICA 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, toro, alas delta, escalada, alpinismo, automovilismo, motociclismo, kartismo, entre otros. Así mismo confirmo 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).

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 Diagnosticado	Tratamiento

**CALIFICACIÓN DEL RIESGO (Uso exclusivo de la Aseguradora)**

**DECLARACIONES**

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.

**AUTORIZACIONES**

Autorizo expresamente a cualquier médico, empleado de hospital o cualquier persona que me haya atendido o haya sido consultada por mi para que suministre a la Compañía Mundial de Seguros S.A. toda la información que ella considere necesaria. 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. Para efectos de las siguientes declaraciones y autorizaciones será Responsable del Tratamiento de Datos LA ASEGURADORA. Entiéndase por LA ASEGURADORA, la(s) sociedad(es) del siguiente listado y con las que efectivamente se suscriban contratos de seguros.

Nombre	Dirección	Teléfonos
Compañía Mundial de Seguros S.A.	Calle 33 No. 6B - 24 Bogotá, Colombia	(57 - 1) 285 5600 Nacional 01 8000 111 935

**CLÁUSULA AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES PERSONA NATURAL**

Declaro que la Compañía Mundial de Seguros S.A. identificado con Nit. 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.segurosmundial.com.co>; 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 Seguros Mundial y/o cualquier sociedad controlada, directamente 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 con las siguientes finalidades:

- (i) Tramitar mi solicitud de vinculación como consumidor financiero y/o cliente; (ii) Negociar y celebrar el contrato de seguro y ejecución del mismo; (iii) Ejecutar y cumplir los contratos que celebre LA COMPAÑÍA con entidades en Colombia o en el extranjero para cumplir la actividad aseguradora; (iv) El control y prevención de fraudes, lavado de activos, financiación del terrorismo o financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva; (v) Determinar y liquidar pagos de siniestros; (vi) Controlar el cumplimiento de requisitos relacionados con el Sistema de Seguridad Social Integral; (vii) Elaborar estudios técnico-actuariales, encuestas, análisis de tendencias de mercado y en general cualquier estudio técnico o de campo relacionado con el sector asegurador o la prestación de servicios de LA COMPAÑÍA; (viii) 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, ejecutar acciones de perfilamiento comercial; prospección; hábitos de consumo; analítica; identificación de tendencias de mercado; definición de patrones; inteligencia de negocios; labores de inteligencia artificial; encuestas de satisfacción en la experiencia de cliente; investigaciones de riesgos, estadísticas y financieras; (ix) Consultar, almacenar, administrar, transferir, procesar y reportar mi comportamiento financiero a las Centrales de Información o bases de datos debidamente constituidas; (x) Crear, registrar y actualizar bases de datos de acuerdo a las características y perfiles de los titulares de Datos Personales; (xi) Enviar información financiera de sujetos de tributación en los Estados Unidos al IRS o a otras autoridades de Estados Unidos u otros países, en los términos del FATCA o de normas de similar naturaleza de terceros países o de tratados internacionales; (xii) Transferir o transmitir mis datos personales a terceros países en cumplimiento del contrato de seguro; (xiii) Recolectar, solicitar, consultar, almacenar, actualizar, usar, y conservar mis datos personales sensibles incluyendo la Historia Clínica y datos sobre mi estado de salud; (xiii) Recolectar, consultar, almacenar, actualizar, usar, y conservar los datos personales de mis hijos menores de edad en mi calidad de su representante legal, siempre y cuando se cumpla con el interés prevalente del menor conforme al artículo 12 del Decreto 1377 de 2013;

LA COMPAÑÍA conservará mis datos personales mientras sea necesario para el cumplimiento de cualquier obligación legal y contractual o 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 con las finalidades descritas anteriormente. SI \_\_\_ NO \_\_\_

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 ó a la entidad que esta compañía delegue; para consultar, procesar, solicitar, reportar y divulgar a la Central de Información Financiera - CIFIEN 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 DEL ASEGURADO \_\_\_\_\_ CIUDAD Y FECHA \_\_\_\_\_ HUELLA \_\_\_\_\_