

NIT 860.037.013-6
Calle 33 # 6B - 24, pisos 1, 2 y 3
Tel: (601) 327 4712 / 13
Bogotá D.C. - Colombia
Somos Grandes Contribuyentes
IVA Régimen Común - Autorretenedores

Fecha de diligenciamiento

D M A

Ciudad



1. Información del tomador

(si el tomador es el mismo asegurado principal, no requiere diligenciar la información del numeral 2)

Primer apellido Segundo apellido Nombres
Tipo de documento ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ Otro ☐ N° Identificación Género ☐ F ☐ M ☐ Otro (Especificar)
Fecha de nacimiento D M A Lugar de Nacimiento Peso Estatura Edad
Dirección (residencia) E-mail
Teléfono Ciudad Departamento
Nacionalidad EPS Ocupación actual Estado civil



2. Información del asegurado principal

(Diligencie este campo únicamente si el asegurado principal es diferente del tomador)

Primer apellido Segundo apellido Nombres
Tipo de documento ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ Otro ☐ N° Identificación Género ☐ F ☐ M ☐ Otro (Especificar)
Fecha de nacimiento D M A Lugar de Nacimiento Peso Estatura Edad
Dirección (residencia) E-mail
Teléfono Ciudad Departamento
Nacionalidad EPS Ocupación actual Estado civil



3. Actividad económica

¿Es usted Médico Cirujano u Odontólogo? ☐ Sí ☐ No Describa su especialidad

Recuerde que esta póliza está diseñada para profesionales médicos cirujanos u odontólogos. Si no cumple con este requisito, no tendrá cobertura.



4. Información del seguro

Cobertura	Opción 1	Opción 2	Opción 3
Muerte Accidental	\$ 300.000.000	\$ 500.000.000	\$ 800.000.000
Desmembración por Accidente (Manos y Ojos)	\$ 300.000.000	\$ 500.000.000	\$ 800.000.000
Contagio de HIV	\$ 90.000.000	\$ 150.000.000	\$ 240.000.000
Asistencia	Incluida	Incluida	Incluida



5. Información beneficiarios

Información del Beneficiario (La indemnización por Muerte Accidental se pagará al Beneficiario designado por el Asegurado. De no existir designación se pagará a los Beneficiarios de Ley). Para los demás amparos de la póliza, el beneficiario será el mismo asegurado.

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	No identificación	Parentesco	% Participación
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



6. Declaración de asegurabilidad

Declaro que lo anotado en esta solicitud es verídico, que mi estado de salud es normal. 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, troteo, 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.

NIT 860.037.013-6
Calle 33 # 6B - 24, pisos 1, 2 y 3
Tel: (601) 327 4712 / 13
Bogotá D.C. - Colombia
Somos Grandes Contribuyentes
IVA Régimen Común - Autorretenedores



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) que no me encuentre en un proceso de pérdida de capacidad laboral a la fecha de diligenciamiento de esta solicitud. 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).

AUTORIZACIÓN PARA SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA Y OTROS:

Yo identificado con número de documento N° , autorizo expresamente a SEGUROS MUNDIAL SA, para que solicite copia integral de mi historia clínica a los prestadores de servicios de salud y/o familiares interesados. Dicha información deberá contener, el resultado de los exámenes paraclínicos y complementarios, así como cualquier información referida a los datos que en ella se registran o lleguen a registrarse. Declaro así mismo, que dicha información será utilizada por parte de SEGUROS MUNDIAL SA, con fines de suscribir el seguro de salud y atender las reclamaciones que de este se deriven.

Cuenta con el esquema completo de vacunación contra el COVID ☐ Sí ☐ No ¿Cuántas dosis?



7. Declaraciones

Declaro que lo anteriormente relacionado es verídico; de no serlo, acepto la nulidad relativa del Contrato de Seguro, dando aplicación a los Artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio (declaración de salud), puesto que estaría incurriendo en reticencia o inexactitud inherente a los hechos o circunstancias descritos, ya que de haber sido conocidas por Compañía Mundial de Seguros S.A., la aseguradora se habría retraído de celebrar el contrato de seguro o inducido a estipular condiciones más onerosas.



8. Autorizaciones

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

Declaro expresamente:

- Que para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS Y/O EL TOMADOR DEL SEGURO, suministro mis datos personales para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende la actividad aseguradora.
- Que he sido informado de lo siguiente:

CLÁUSULA AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES PERSONA NATURAL

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 <https://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, solicitar, consultar, almacenar, actualizar, usar, y conservar mis datos personales sensibles, tales como, datos sobre mi estado de salud, indispensables para poder ejecutar el objeto social y la actividad económica de **LA COMPAÑÍA**, en caso de que aplique; (xi) Recolectar, consultar, almacenar, actualizar, usar, y conservar los datos personales de mis hijos o representados menores de edad, en calidad de su representante legal o tutor, indispensables para poder ejecutar el objeto social y la actividad económica de **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 cual(es) desea excluir

En todos los casos el tomador será el responsable por el pago de la prima de la póliza ante la Compañía de Seguros.

- Autorizo de manera voluntaria al Asegurador 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 consignarán 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.
- Acepto que las condiciones de prima y cobertura del seguro dependen del plan seleccionado.



9. 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 del asegurado

Ciudad y fecha

Índice derecho