

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

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 ☐ NIT ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ Otro ☐ ¿Cuál? N° Identificación

Fecha de nacimiento D M A Lugar de nacimiento ¿Cuál es tu genero? ☐ F ☐ M ☐ Otro (Especificar)

Dirección (residencia) E-mail

Teléfono Ciudad Departamento

Nacionalidad EPS Prepagada ☐ Sí ☐ No ☐ ¿Cuál?

Ocupación detallada actual Estado civil Peso Estatura Edad



2. Información del asegurado principal

(Diligencie este campo unicamente sí el asegurado principal es diferente del tomador)

Primer apellido Segundo apellido Nombres

Tipo de documento ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ Otro ☐ ¿Cuál? N° Identificación

Fecha de nacimiento D M A Lugar de nacimiento ¿Cuál es tu genero? ☐ F ☐ M ☐ Otro (Especificar)

Dirección (residencia) E-mail

Teléfono Ciudad Departamento

Nacionalidad EPS Prepagada ☐ Sí ☐ No ☐ ¿Cuál?

Ocupación detallada actual Estado civil Peso Estatura Edad

Solicita continuidad ☐ Sí ☐ No ☐ Nombre Anterior Compañía / Plan

Señor usuario tenga en cuenta que SEGUROS MUNDIAL sólo estudiará la continuidad a partir del momento en que se presente la certificación de la Compañía anterior en un plazo no mayor a 45 días



3. Información beneficiarios

Solicitante	Tipo de identificación	Número de identificación	Sexo	Primer apellido	Segundo apellido	Nombres completos
1						
2						
3						
4						
5						

Solicitante	Fecha de nacimiento	Estatura (mts)	Peso (Kg)	Parentesco con el asegurado principal	Estado civil	EPS	Ciudad
1							
2							
3							
4							
5							



4. Declaración de asegurabilidad

Lo registrado en la declaración de salud cumple el objetivo de permitir evaluar el riesgo de salud de los asegurados, razón por la que la información debe ser completa, correcta y verídica. La fidelidad de lo registrado en este formulario es de exclusiva responsabilidad del interesado, por lo tanto, esta declaración debe ser diligenciada en su totalidad, por él mismo. Si se trata de menor de edad debe ser diligenciada por la madre, el padre o tutor legal.

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



Debe responder en forma precisa las preguntas de este listado, consignando todas aquellas enfermedades diagnosticadas y/o padecimientos o síntomas que hayan requerido o no tratamiento ambulatorio, hospitalario, cirugía y/o incapacidad, cualquiera que sea el tiempo de evolución y su estado actual, incluso recuperado, curado y/o dado de alta.

1. ¿Enfermedades del corazón o enfermedades de la circulación de la sangre, infarto al corazón, arritmias cardíacas, hipertensión arterial, colesterol o triglicéridos altos (tratados con medicamentos), derrames, isquemia o trombosis cerebral, convulsiones, enfermedades de los pulmones, asma, bronquitis crónica, cáncer, leucemia, enfermedades de la sangre, lupus, tumores malignos, SIDA o VIH positivo, insuficiencia renal, cálculos en el riñón, enfermedades de la próstata, endometriosis, quistes o masas en ovarios, hemorragias ginecológicas anormales, prolapsos genitales, esclerosis múltiple, artritis reumatoidea, enfermedad de la glándula tiroides, diabetes, pancreatitis, gastritis, colitis, enfermedad diverticular, hepatitis B o Hepatitis C, cirrosis hepática, retardo mental, trastornos psiquiátricos, demencia, enfermedad de Alzheimer, enfermedad de Parkinson, enfermedades neurológicas, parálisis, deformidades corporales, ceguera o sordera total o parcial, fracturas, hernias, enfermedades de la columna vertebral, consumo de drogas psicoestimulantes, alcoholismo, drogadicción?

Asegurado principal	Sí	No
Beneficiario 1	Sí	No
Beneficiario 2	Sí	No
Beneficiario 3	Sí	No
Beneficiario 4	Sí	No
Beneficiario 5	Sí	No

En caso de marcar una o más casillas en la pregunta anterior, por favor indicar Diagnóstico, fecha de diagnóstico y tratamiento actual de el/los beneficiarios:

2. ¿Enfermedades diagnosticadas y/o padecimientos o síntomas que hayan requerido o no tratamiento ambulatorio, hospitalario, cirugía y/o incapacidad diferente a las del numeral anterior, por las que haya recibido o esté recibiendo tratamiento o control médico o si tiene pendiente alguna cirugía?

Asegurado principal	Sí	No
Beneficiario 1	Sí	No
Beneficiario 2	Sí	No
Beneficiario 3	Sí	No
Beneficiario 4	Sí	No
Beneficiario 5	Sí	No

En caso de marcar una o más casillas en la pregunta anterior, por favor indicar Diagnóstico, fecha de diagnóstico y tratamiento actual de el/los beneficiarios:

3. ¿Utiliza oxígeno, CPAP o BPAP o dispositivos para administración de oxígeno?

Asegurado principal	Sí	No
Beneficiario 1	Sí	No
Beneficiario 2	Sí	No
Beneficiario 3	Sí	No
Beneficiario 4	Sí	No
Beneficiario 5	Sí	No

En caso de marcar una o más casillas en la pregunta anterior, por favor indicar Diagnóstico, fecha de diagnóstico y tratamiento actual de el/los beneficiarios:

4. ¿Se encuentra en estado de embarazo actualmente?

Asegurado principal	Sí	No
Beneficiario 1	Sí	No
Beneficiario 2	Sí	No
Beneficiario 3	Sí	No
Beneficiario 4	Sí	No
Beneficiario 5	Sí	No

Enfermedades en el embarazo

¿Cuáles?

Asegurado principal	Sí	No
Beneficiario 1	Sí	No
Beneficiario 2	Sí	No
Beneficiario 3	Sí	No
Beneficiario 4	Sí	No
Beneficiario 5	Sí	No

Declaro que lo anotado en esta solicitud es verídico y no tengo nada más que declarar. 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).

AUTORIZACIÓN PARA SOLICITUD DE HISTORIA CLINICA Y OTROS:

Yo identificado con numero de documento N° , autorizo expresamente a SEGUROS MUNDIAL, para que solicite copia integral de mi historia clínica a los prestadores de servicios de salud. 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.



5. Declaracion verídica

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.

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



6. Cláusula de autorización

Declaro que, 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 que: 1) La Política de Privacidad se encuentra publicada en www.segurosmondial.com.co/proteccion-de-datos/ 2) 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) Como titular de la información, me asisten los derechos previstos en las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012, en especial el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mis datos personales.

Autorizo a Seguros Mundial y a cualquier sociedad controlada, directa o indirectamente, domiciliadas en Colombia o en el exterior, terceros contratados por esta o a quien la represente a tratar mis datos personales para las siguientes finalidades:

- Tramitar mi solicitud de vinculación, ejecutar y cumplir el contrato de seguro y tramitar y atender solicitudes, quejas o requerimientos de entes de control.
- Cumplir obligaciones legales, contractuales y en general desarrollar su objeto social, directamente o a través de terceros ubicados en Colombia o en el exterior.
- Prevenir y controlar el fraude, lavado de activos, financiación del terrorismo, corrupción y demás riesgos legales.
- Cumplir el Sistema de Seguridad Social Integral y dar tratamiento a la información contenida en la historia laboral del RAIS y a la que se encuentre administrada por Asofondos de Colombia.
- 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.
- Ejecutar contacto para realizar cobranza o de naturaleza comercial, publicitaria relacionada con productos, servicios y eventos.
- Consultar ante terceros, almacenar, administrar, transferir, procesar, evaluar riesgos, mejorar la calidad de los datos y reportar mi comportamiento financiero ante los Operadores de la Información.
- Transferir o transmitir mis datos a terceros contratados.
- Tratar datos sensibles, en especial, los asociados al estado de salud y de menores de edad autorizados por su representante legal, cuando sea estrictamente necesario para la prestación del servicio contratado.
- Las demás finalidades que se determinen con base a la ejecución de los procesos de Seguros Mundial y que estén acorde a la Ley.
- La Aseguradora 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 Seguros Mundial para tratar mis datos personales para las finalidades anteriormente descritas:

☐ Autorizo

☐ No autorizo

Autorizo recibir comunicaciones comerciales y publicitarias personalizadas de Seguros Mundial a través de sus canales autorizados:

☐ Autorizo

☐ No autorizo

Con la firma del presente documento autorizo a Seguros Mundial 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 cuál desea excluir, teniendo en cuenta que, solo puede excluir máximo 2 medios de comunicación.*



Llamada telefónica ☐



Correo electrónico ☐



SMS ☐



WhatsApp ☐

*En caso de no excluir ningún canal, se entenderá que el envío de comunicaciones se realizará a través de todos los canales descritos.

Acepto que las condiciones de prima y cobertura del seguro dependen del plan seleccionado.



6. Firma y huella

Firma del asegurado

Ciudad y fecha

Índice derecho

