seguros mundial®

# SOLICITUD INDIVIDUAL PARA **SEGURO VIDA GRUPO**

NIT 860.037.013-6
Cra. 45 #114 - 90
Tel: (601) 327 4712 / 13
Bogotá D.C. - Colombia
Somos Grandes Contribuyentes
IVA Régimen Común - Autorretenedores

**Fecha de solicitud** D M A
**Ciudad**
**Valor asegurado** (Pesos colombianos)

**Nuevo** ○ **Modificación** ◉



## Información del tomador

**Nombre tomador** **Tipo de identificación** NIT ◉ CC ○ **NIT**

## Información personal del asegurado

**Primer apellido** **Segundo apellido** **Nombres**
**Tipo de documento** CC ○ CE ○ Pasaporte ◉ **Número de documento** **Género** F ◉ M ○ **Peso** **Estatura**
**Fecha de nacimiento** D M A **Edad** **Ocupación actual** **Estado civil**
**Dirección (residencia)** **E-mail**
**Teléfono** **Ciudad**

## Información de beneficiarios

| Primer Apellido | Segundo Apellido | Nombres | Parentesco | Porcentaje Valor Asegurado |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

## Declaración de asegurabilidad (aplica para nuevos asegurados / aumentos de valor asegurado)

**Yo, el abajo firmante, declaro que:**
A la fecha me encuentro en buen estado de salud y mi habilidad física no se encuentra de alguna manera reducida (seleccione) **Sí** ◉ **No** ○
A continuación marque la casilla correspondiente, si padece o ha padecido alguna(s) de las siguientes enfermedades o condiciones de salud:

Solo si usted es mayor de edad, terminó y superó el tratamiento contra el cáncer hace por lo menos cuatro (4) años contados desde el final de su tratamiento sin recaídas posteriores o recurrencia de la enfermedad o fue diagnosticado de cáncer cuando era menor de edad, terminó y superó el tratamiento contra el cáncer por lo menos dos (2) años contados desde el final de su tratamiento sin recaídas posteriores o recurrencia de la enfermedad, no debe responder en esta pregunta el antecedente de cáncer. Sin embargo, debe responder completa y verazmente todas las demás preguntas de salud de esta solicitud.

- ☐ Enfermedades del corazón
- ☐ Enfermedades de la circulación de la sangre
- ☐ Infarto al corazón
- ☐ Arritmias cardíacas
- ☐ Hipertensión arterial
- ☐ Colesterol alto
- ☐ Triglicéridos altos
- ☐ Derrames cerebrales
- ☐ Isquemia cerebral
- ☐ Trombosis cerebral
- ☐ Convulsiones
- ☐ Enfermedades de los pulmones
- ☐ Asma
- ☐ Bronquitis crónica
- ☐ Cáncer
- ☐ Leucemia
- ☐ Enfermedades de la sangre
- ☐ Lupus
- ☐ Tumores malignos
- ☐ SIDA
- ☐ VIH positivo
- ☐ Insuficiencia renal
- ☐ Cálculos en el riñón
- ☐ Enfermedades de la próstata
- ☐ Tumores malignos
- ☐ Endometriosis
- ☐ Quistes en ovarios
- ☐ 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
- ☐ Hepatitis C
- ☐ Cirrosis hepática
- ☐ Retardo mental
- ☐ Trastornos psiquiátricos
- ☐ Demencia
- ☐ Enfermedad de Alzheimer
- ☐ Enfermedad de Parkinson
- ☐ Enfermedades neurológicas
- ☐ Deformidades corporales
- ☐ Ceguera total
- ☐ Ceguera parcial
- ☐ Sordera total
- ☐ Sordera parcial
- ☐ Fracturas
- ☐ Hernias
- ☐ Enfermedades de la columna vertebral
- ☐ Consumo de drogas psicoestimulantes
- ☐ Alcoholismo
- ☐ Drogadicción
- ☐ Tabaquismo

***Nota: Se consideran como antecedentes médicos los diagnósticos primarios, secundarios o correlacionados.***

**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:**

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A. VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

seguros mundial®

# SOLICITUD INDIVIDUAL PARA **SEGURO VIDA GRUPO**



NIT 860.037.013-6
Cra. 45 #114 - 90
Tel: (601) 327 4712 / 13
Bogotá D.C. - Colombia
Somos Grandes Contribuyentes
IVA Régimen Común - Autorretenedores

| Enfermedad | Año de diagnóstico | Tratamiento |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| **Calificación del riesgo (uso exclusivo de la aseguradora)** | | |

**Cuenta con el esquema completo de vacunación contra el Covid** **Sí** ◉ **No** ○ **Primera dosis** ◉ **Segunda dosis** ○ **Dosis de refuerzo** ○ **Ninguna** ○

Declaro que lo arriba indicado es verídico. Que la actividad a la que me dedico no genera ningún tipo de riesgo o peligro contra mi vida. Que no me encuentro actualmente en ningún tratamiento médico por alguna de las enfermedades relacionadas anteriormente o cualquier 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). Por otra parte, acepto la nulidad relativa del Contrato de Seguro, dando aplicación a los Artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio, 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.

## Autorización de tratamiento de datos personales

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.segurosmundial.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 cuál desea excluir

Las condiciones generales del producto podrán ser consultadas en el siguiente enlace: **https://www.segurosmundial.com.co/empresas/ Sección: Seguros de Vida**

## Firma y huella

| Firma del asegurado | Ciudad y fecha | Índice derecho |
|---|---|---|
| | | |

* COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A. VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA