

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
Nuevo ☐ Modificación ☐



Información del tomador

Nombre o Razón Social Identificación NIT



Información personal del asegurado

Crédito No. Valor Capital
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 beneficiarios

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	Parentesco	Porcentaje valor asegurado
<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



Amparos y valor asegurado

Amparos	Valor Asegurado
<input type="text"/> Muerte por cualquier causa	<input type="text"/>
<input type="text"/> Incapacidad total y permanente	<input type="text"/>

Recuerda que, de acuerdo con lo establecido en el Decreto 1084 de 2021, como Consumidor Financiero tienes la posibilidad de adquirir este seguro con cualquier compañía aseguradora legalmente establecida en el país, la única condición es que cumpla con las condiciones y coberturas determinadas por tu Banco.

¿Cómo se calcula el precio del seguro?

El precio de seguro (prima de seguro) se calculará teniendo en cuenta el saldo insoluto de la deuda* multiplicada por la tasa negociada entre la Entidad Financiera y la Aseguradora.

***Saldo Insoluto:** Se entiende por saldo insoluto, el capital no pagado más los intereses corrientes calculados a la fecha.

No olvides que, si diligenciaste el cuestionario de declaración de asegurabilidad para el ingreso a la póliza, la tasa puede variar dependiendo de la información registrada.



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.

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



- | | | | | |
|---|--|---|---|--|
| ☐ Enfermedades del corazón | ☐ Enfermedades de los pulmones | ☐ Enfermedades de la próstata | ☐ Gastritis | ☐ Deformidades corporales |
| ☐ Enfermedades de la circulación de la sangre | ☐ Asma | ☐ Tumores malignos | ☐ Colitis | ☐ Ceguera total |
| ☐ Infarto al corazón | ☐ Bronquitis crónica | ☐ Endometriosis | ☐ Enfermedad diverticular | ☐ Ceguera parcial |
| ☐ Arritmias cardíacas | ☐ Cáncer | ☐ Quistes en ovarios | ☐ Hepatitis B | ☐ Sordera total |
| ☐ Hipertensión arterial | ☐ Leucemia | ☐ Masas en ovarios | ☐ Hepatitis C | ☐ Sordera parcial |
| ☐ Colesterol alto | ☐ Enfermedades de la sangre | ☐ Hemorragias ginecológicas anormales | ☐ Cirrosis hepática | ☐ Fracturas |
| ☐ Triglicéridos altos | ☐ Lupus | ☐ Prolapsos genitales | ☐ Retardo mental | ☐ Hernias |
| ☐ Derrames cerebrales | ☐ Tumores malignos | ☐ Esclerosis múltiple | ☐ Trastornos psiquiátricos | ☐ Enfermedades de la columna vertebral |
| ☐ Isquemia cerebral | ☐ SIDA | ☐ Artritis reumatoidea | ☐ Demencia | ☐ Consumo de drogas psicoestimulantes |
| ☐ Trombosis cerebral | ☐ VIH positivo | ☐ Enfermedad de la glándula tiroides | ☐ Enfermedad de Alzheimer | ☐ Alcoholicismo |
| ☐ Convulsiones | ☐ Insuficiencia renal | ☐ Diabetes | ☐ Enfermedad de Parkinson | ☐ Drogadicción |
| | ☐ Cálculos en el riñón | ☐ Pankreatitis | ☐ Enfermedades neurológicas | ☐ Tabaquismo |

Cuenta con el esquema completo de vacunación contra el Covid ☒ Sí ☐ No ☐ Primera dosis ☐ Segunda dosis ☐ Dosis de refuerzo ☐ Ninguna ☐

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 de diagnóstico	Tratamiento
<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"/>
Calificación del riesgo (uso exclusivo de la aseguradora)		

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. 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.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, consultar, almacenar, actualizar, usar y conservar mis datos personales sensibles, tales como datos relacionados con mi estado de salud contenidos en la historia clínica o en otros documentos anexos que contengan antecedentes o resultados médicos proferidos por los prestadores o actores de salud, de conformidad con lo establecido en el artículo 34 de la Ley 23 de 1981, que sean indispensables para la prestación del servicio contratado con **LA COMPAÑÍA**; **(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.segurosmondial.com.co/media/Clausulado_Vida_Grupo_Deudor.pdf

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



Firma y huella

Firma del asegurado

Ciudad y fecha

Índice derecho

