

NIT 860.037.013-6
Calle 33 # 6B- 24 Pisos 1, 2 y 3
Tel: (57-1) 285 5600
Bogotá D.C. - Colombia
Somos Grandes Contribuyentes
IVA Régimen Común - Autoretenedores



Livianos Pesados Motos

Ciudad Fecha de Expedición Intermediario

Tipo de póliza Individual Colectiva No. de póliza

Tipo de movimiento Póliza Nueva Inclusión Reemplazo

DATOS TOMADOR

PERSONA NATURAL

Nombre

Tipo de documento N°. Doc. Identidad

Fecha de Expedición Lugar de expedición Fecha de Nacimiento

Lugar de Nacimiento Nacionalidad Ocupación / Oficio

Actividad Económica Independiente Asalariado Estudiante Ama de casa Rentista Socio Pensionado

Detalle su actividad económica CIU

Profesión Empresa donde trabaja Área

Cargo Ciudad Laboral Dirección Laboral

Departamento Teléfono Laboral Fax Laboral

Ciudad Residencia Departamento Dirección Residencia

Barrio Teléfono residencia Celular

E-mail sexo Femenino Masculino

Grado Escolar Primaria Secundaria Técnico Universidad Post-Grado

Estado Civil Casado Soltero Divorciado U. Libre Separado

¿Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? Si No

¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? Si No

¿Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público? Si No

Si alguna de las preguntas anteriores es afirmativa por favor especifique:

¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta? Si No

En caso de afirmativo porfavor especifique:

¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otros países o grupo de países? Si No

En caso de afirmativo porfavor especifique:

Ingresos mensuales Egresos mensuales Otros Ingresos

Activos Pasivos Concepto otros ingresos

PERSONA JURÍDICA

Razón o denominación social Nit. (Con dígito de verificación)

REPRESENTANTE LEGAL

Nombre Tipo de documento

N°. Doc. Identidad Fecha de Expedición Lugar de expedición

DATOS OFICINA PRINCIPAL

Dirección Ciudad Teléfono

Fax Tipo de Empresa Pública Privada Cuál? Mixta Otra

Actividad Económica Industrial Transporte Agrícola Servicios Financieros

Comercial Construcción Civil Otra Cuál? CIU

NIT 860.037.013-6
Calle 33 # 6B- 24 Pisos 1, 2 y 3
Tel: (57-1) 285 5600
Bogotá D.C. - Colombia
Somos Grandes Contribuyentes
IVA Régimen Común - Autoretenedores



Identificación de los accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente mas del 5% del capital social, aportes o participación. (En caso de requerir más espacio debe anexarse la relación).

| TIPO ID (C.C - C.E -T.I -NIT) | Número ID | Nombre | Por su cargo o actividad, maneja recursos públicos? | Por su cargo o actividad, ejerce algún grado de poder público? | Por su actividad u oficio, goza de reconocimiento público? | Esta usted obligado a declaración tributaria en otro país o grupo de países? Indique |
|-------------------------------|-----------|--------|---|--|--|--|
| | | | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| | | | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| | | | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| | | | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| | | | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |

Ingresos mensuales Egresos mensuales Otros ingresos
 Activos Pasivos Concepto otros ingresos

ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

Realiza transacciones en Moneda Extranjera? Si No
 Importaciones Inversiones Productos financieros en el exterior Exportaciones
 Transferencias Pago de servicios Otra Cuál?

| Tipo de Producto | Identificación o número de producto | Entidad | Monto | Ciudad | País | Moneda |
|------------------|-------------------------------------|---------|-------|--------|------|--------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |

DATOS DEL VEHÍCULO

Placa Marca Clase Línea Cilindraje
 Modelo No. Motor No. Chasis 7 Serie Color
 Dispositivo de seguridad Si No Cuál? Valor Comercial del Vehículo Uso Personal (familiar) Comercial (carga)
 Servicio Particular Público Especial Código Fasecolda

COBERTURAS CONTRATADAS

| Coberturas (Seleccione el plan) | Límite asegurado |
|--|---|
| 1. Responsabilidad Civil Extracontractual | \$ <input type="text"/> |
| Daños a bienes de terceros | \$ <input type="text"/> |
| Lesión o Muerte a una persona | \$ <input type="text"/> |
| Lesión o Muerte a dos o más personas | \$ <input type="text"/> |
| 2. Responsabilidad Civil Extracontractual en Exceso | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 3. Amparo de Protección Patrimonial | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 4. Accidentes Personales | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 5. Amparo de Gastos de Grúa, Transporte y protección | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 6. Amparo de Gastos Médicos | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 7. Asistencia Jurídica | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 8. Asistencia en Viaje | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y AUTORIZACIÓN CONSULTA CENTRALES DE RIESGO

Declaro expresamente que:

- Declaración de Origen de Fondos y Autorización Consulta Centrales de Riesgo
- Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación o negocio): _____
 - Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
 - La Información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente
 - Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
 - Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ASEGURADORA, la COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A., Dirección: Calle 33B No 6B 24 Pisos 1 al 4 en la Ciudad de Bogotá D.C., Teléfono 2855600, y/o cualquier sociedad controlada, directa o indirectamente, por la misma sociedad matriz de las sociedad(es) antes mencionada(s).

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Declaro que la Compañía Mundial de Seguros S.A. identificada con Nit. 860.037.013-6 en su calidad de Responsable del Tratamiento de Datos Personales me ha informado:

- Que la Política de Tratamiento de Datos Personales se encuentra en la página web <https://www.segurosmondial.com.co/>;
- 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;
- 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.

NIT 860.037.013-6
Calle 33 # 6B- 24 Pisos 1, 2 y 3
Tel: (57-1) 285 5600
Bogotá D.C. - Colombia
Somos Grandes Contribuyentes
IVA Régimen Común - Autoretenedores



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

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 Cliente o Representante Legal

Huella

DATOS ASEGURADO

Apellidos / Razón Social Nombres
 Tipo de documento N°. Doc. Identidad
 Fecha de Nacimiento Lugar de Nacimiento Ciudad
 Departamento Dirección
 Barrio Teléfono Celular



Si es Persona Jurídica diligencie la siguiente información:

Nombre Representante Legal Cédula Número
 Tipo de Empresa Pública Privada Mixta Otra Cuál?
 Actividad Económica Industrial Transporte Agrícola Servicios Financieros
 Comercial Construcción Civil Otra Cuál? CIU

INFORMACIÓN DE LA ENTREVISTA

Lugar de la entrevista
 Fecha de la entrevista
 Hora Resultado Aprobado Rechazado
 Fecha de la entrevista
 Observaciones
 Nombre Intermediario / Asesor responsable / entrevistador
 Clave



VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Fecha de la entrevista
 Ciudad
 Nombre y cargo de quien verifica
 Observaciones

Firma Intermediario / Asesor Responsable / Entrevistador

Firma