

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 solicitud D M A
 Ciudad
 Intermediario



Persona jurídica

Razón social NIT (con código de verificación)
 Dirección oficina principal Ciudad Departamento País
 E-mail Teléfono Celular
 Tipo de empresa Pública Privada Mixta Otra ¿Cuál?
 Actividad económica Industrial Transporte Agrícola Servicios financieros Comercial Construcción Civil Otra
 ¿Cuál? CIU
 Tipo documento de constitución / Personería jurídica No.
 Número de documento de constitución / Personería jurídica No.
 Otorgado por Fecha de expedición D M A



Información representante legal

Primer apellido Segundo apellido Nombres
 Tipo de documento CC CE Pasaporte Número de documento Lugar Fecha de expedición D M A
 Dirección E-mail
 Teléfono Ciudad
 ¿Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? Sí No ¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? Sí No
 ¿Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público general? Sí No ¿Posee participación superior al 5%? Sí No
 ¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta? Sí No Indique



Información financiera entidad

Fecha de corte D M A Ingreso operacional último corte contable \$ Egresos operacionales anuales último cierre \$
 Otros ingresos anuales no operacionales último cierre contable \$ Egresos no operacionales anuales último cierre contable \$
 Activo corriente \$ Pasivo corriente \$ Otros ingresos \$ Total activos \$ Total pasivos \$
 Total patrimonio último cierre anual \$

Identificación de los accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente más 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	Nombres	¿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?	¿Está usted obligado a declaración tributaria en otro país o grupo de países?
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No



Otros datos generales

Personal ocupado Número de asociados y/o afiliados
 Trabajadores afiliados (Cajas de compensación) Número de empresas afiliadas (Cajas de compensación)

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



Autorización de tratamiento de datos personales consumidores financieros

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/legal/>; **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, almacenar, actualizar, usar, y conservar mis datos personales sensibles, tales como, datos sobre mi estado de salud, que sean indispensables para la prestación del servicio contratado con **LA COMPAÑÍA**, en caso de que aplique; **(xi)** Recolectar, almacenar, actualizar, usar, y conservar los datos personales de mis hijos o representados menores de edad, en calidad de su representante legal o tutor, que sean indispensables para la prestación del servicio contratado con **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; **(vix)** 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



Garantía de la exactitud de los datos

Respondemos por la veracidad y exactitud de los datos y nos obligamos a actualizar la información suministrada por lo menos una vez cada año calendario. Cualquier inexactitud en los datos suministrados o la imposibilidad de confirmar o actualizar las referencias, darán derecho a LA COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A., a suspender el proceso de vinculación como cliente de la ASEGURADORA. En constancia de haber leído y acatado lo anterior firmo el presente documento a los _____ días del mes de _____ del año _____ en la ciudad de _____



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



Información entrevista

Lugar de la entrevista _____

Fecha de la entrevista D M A _____

Hora de la entrevista _____

Observaciones _____

Nombre del intermediario _____

Firma _____

Resultado de la entrevista Aprobado Rechazado



Confirmación de la información

Fecha de verificación D M A _____

Hora de confirmación _____

Nombre y cargo de quien verifica _____

Firma _____

Observaciones _____

