

| | | | |
|--------|--------------------|--------------------------------|---------------------------------------|
| Ciudad | Fecha de Solicitud | Nuevo <input type="checkbox"/> | Modificación <input type="checkbox"/> |
| | D / M / A | | |

INFORMACIÓN DEL TOMADOR

| | | |
|-----------------------|----------------|-----|
| Nombre o Razón Social | Identificación | NIT |
|-----------------------|----------------|-----|

INFORMACIÓN PERSONAL DEL ASEGURADO

| | | | | | |
|--------------|---------------|---|----------------------|--------|------------------|
| Crédito No. | Valor Capital | Tipo de Documento | Número Documento | | |
| | | CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> | | | |
| Apellidos | | Nombres | | | |
| Peso | Estatura | Género | Fecha de Nacimiento | Edad | Ocupación Actual |
| | | F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> | D / M / A | | |
| Estado Civil | | | Dirección Residencia | | |
| E-mail | | Teléfono | | Ciudad | |

AMPAROS Y VALOR ASEGURADO

| | |
|--------------------------------|---|
| Amparos | Valor Asegurado |
| Muerte por Cualquier Causa | Hasta el saldo insoluto de la deuda en el momento del siniestro |
| Incapacidad Total y Permanente | Hasta el saldo insoluto de la deuda en el momento del siniestro |

POR SER UNA PÓLIZA DE VIDA GRUPO DEUDORES, EL BENEFICIARIO ES EL TOMADOR HASTA POR EL SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD (APLICA PARA NUEVOS ASEGURADOS / AUMENTOS DE VALOR ASEGURADO)

Declaro que lo anotado en esta solicitud es verídico, que mi estado de salud es normal, que no padezco ni he padecido de enfermedades cardiovasculares, cerebro vasculares, trastornos renales, enfermedades congénitas, tensión arterial alta, derrame cerebral, cáncer, tumores, diabetes, trastornos inmunológicos, epilepsia, asma, pérdida funcional o anatómica, VIH o Sida. En la actualidad no sufro de enfermedades crónicas, afecciones ni adicciones que incidan sobre mi estado de salud y no he sido sometido ni me han programado intervenciones quirúrgicas en razón a las enfermedades anteriormente mencionadas o de dolencias directamente relacionadas con las mismas en forma casual o consecencial. Declaro que no me encuentro actualmente en ningún tratamiento médico por alguna de las enfermedades relacionadas anteriormente o cualquiera 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 confir mo 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).

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 |
|------------|--------------------|-------------|
| | | |

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 azarosidad 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.

AUTORIZACIONES

Autorizo expresamente a cualquier médico, empleado de hospital o cualquier persona que me haya atendido o haya sido consultada por mí, para que suministre a la Compañía Mundial de Seguros S.A. toda la información que ella considere necesaria. Para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, suministro mis datos personales para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende la actividad aseguradora. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por LA ASEGURADORA, para las siguientes finalidades: El trámite de mi solicitud de vinculación como consumidor financiero, el proceso de negociación de contratos con LA ASEGURADORA, incluyendo la determinación de primas y la selección de riesgos, el control y la prevención del fraude, la gestión integral del seguro contratado, elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general, estudios de técnica aseguradora, envío de información relativa a la educación financiera, encuestas de satisfacción de clientes y ofertas comerciales de seguros, la prevención y control del lavado de activos y la financiación del terrorismo, consulta y envío de información a las centrales de riesgo crediticio. El tratamiento podrá ser realizado directamente por las citadas sociedades o por los encargados del tratamiento que ellas consideren necesarios. Que los datos podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas, a los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados tales como: ajustadores, Call Center, investigadores, compañías de asistencia, entre otros. Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZO el Tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizo, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que me fueron informados en este documento, incluidos los sensibles y autorizo, de ser necesario, la transferencia de los mismos, por las personas y para las finalidades en los términos que me fueron informados en este documento.

| | | |
|---------------------|----------------|--------|
| FIRMA DEL ASEGURADO | CUIDAD Y FECHA | HUELLA |
|---------------------|----------------|--------|