

NIT 860.037.013-6  
Calle 33 # 6B - 24, pisos 1, 2 y 3  
Tel: (601) 285 5600  
Bogotá D.C. - Colombia  
Somos Grandes Contribuyentes  
IVA Régimen Común - Autorretenedores

Versión clausulado número

Código anexo asistencia

Fecha de diligenciamiento

10 4 24



Indique los vínculos existentes entre usted y el tomador y/o asegurado de la póliza Familiar ☐ Comercial ☐ Laboral ☐ Otro ☒



### Información básica del beneficiario

Apellidos **Trujillo Bascos** Nombres **Mauricio**  
Tipo de documento **C.C.** ☒ C.E. ☐ NIT ☐ NUIP ☐ T.I. ☐ Pasaporte ☐ PEP ☐ PPT ☐  
Número **1143958984** Fecha de expedición **22 9 2011** Lugar de expedición **Cali Valle**  
Dirección residencial\* **Cra. 4ta # 10-44** Departamento **Valle** Ciudad **Cali**  
E-mail **maurodonveliz@gmail.com** E-mail habilitado para facturación electrónica **maurodonveliz@gmail.com**  
Teléfono/celular **3156896510** Ocupación **Abogado**  
¿Es usted una persona expuesta políticamente? ☐ SI ☒ No ☒ ¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta? ☐ SI ☒ No ☒



### Información para pagos por transferencia electrónica

Entidad **Daviplenda** Número de cuenta **0160 9072 1133** Tipo de cuenta Ahorros ☒ Corriente ☐



### Exoneración de responsabilidad

Yo, **Mauricio Trujillo Bascos** identificado con cédula de ciudadanía N° **1143958984** de **Cali** manifiesto que no existen personas de igual o menor derecho para recibir este pago y si resultaren, me obligo a restituir a la Compañía Mundial de Seguros S.A., en la proporción que corresponda.



### Información sobre reclamaciones en seguros

| Año | Ramo | Compañía | Valor | Resultado |
|-----|------|----------|-------|-----------|
|     |      |          |       |           |

\*En caso de encontrarse ubicado en una jurisdicción diferente a Colombia, por favor adjunte el certificado de identificación fiscal expedido por la autoridad competente del país de residencia.



### Autorización de tratamiento de datos personales Beneficiarios

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/legal/2> Que son facultados 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 1766 de 2008 y 1581 de 2012, en especial me asiste el derecho a conocer, actualizar, rectificar, reaccionar 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 o de presentación de una reclamación; (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 del fraude; (v) Activación del terremoto o financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva; (vi) Gestionar y tramitar reclamaciones y liquidar y pagar siniestros; (vii) Ejecutar acciones, investigaciones y estudios de perfilamiento comercial, técnico, estadístico, actuarial, de tendencias de mercado, inteligencia de negocios, hábitos de consumo, definición de patrones; (viii) 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; (ix) Recoleccionar, 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; (x) Recoleccionar, almacenar, actualizar, usar, y conservar los datos personales de mis hijos o representantes 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; (xi) Transferir y gestionar reclamaciones, solicitudes, peticiones o quejas o requerimientos de autoridades en ejercicio de sus funciones; (xii) 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: ☒ SI ☐ No ☐

Autorizo recibir comunicaciones comerciales y publicitarias personalizadas de LA COMPAÑÍA a través de sus canales autorizados: ☒ SI ☐ 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 desea excluir



### 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.

**Mauricio Trujillo Bascos**

Firma cliente o representante legal

