

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 24/02/2024



Indique los vínculos existentes entre usted y el tomador y/o asegurado de la póliza

Familiar ☐ Comercial ☐ Laboral ☐ Otro ☐



Información básica del beneficiario

Apellidos **Salas García** Nombres **Mauricio**
Tipo de documento C.C. ☒ C.E. ☐ NIT ☐ NUIP ☐ T.I. ☐ Pasaporte ☐ PEP ☐ PPT ☐
Número **1151958079** Fecha de expedición **18/06/2013** Lugar de expedición **Coli**
Dirección residencia* **Cra 1a 8bis # 76-46** Departamento **Valle** Ciudad **Cali**
E-mail **maosalas.1995@gmail.com** E-mail habilitado para facturación electrónica
Teléfono/celular **3175901820** Ocupación **Empleado**
¿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 **AV VILLAS** Número de cuenta **1188 69 606** Tipo de cuenta Ahorros ☒ Corriente ☐



Exoneración de responsabilidad

Yo, **Mauricio Salas García**, identificado con cédula de ciudadanía N° **1151958079** 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 correspondiera.



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 de esta compañía se encuentra en la página web <https://www.segurosmondial.com.co/legal/>; 2) Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niños, niñas, adolescentes y aquellas que versen sobre datos sensibles y en consecuencia no me será obligatoria 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, denominados 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 financieras o en el extranjero para cumplir con su objeto social; (iv) El control y prevención de fraudes, lavado de activos, financiación del terrorismo o financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva; (v) Gestionar y tramitar reclamaciones y disputas y pagos de seguros; (vi) Ejecutar acciones, investigaciones y estudios de perfilamiento comercial, técnico, estadístico, actual, de analítica, de tendencias de mercado, inteligencia de negocios, hábitos de consumo, definición de segmentos, inteligencia de datos, encuestas de satisfacción en la experiencia de cliente; (vii) Consultar, almacenar, administrar, transferir, procesar y reportar información comportamiento financiero a los Operadores de la Información; (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) Recolectar, almacenar, actualizar, usar, y conservar mis datos personales de salud, tales como: datos de mi estado de salud, que sean indispensables para la prestación del servicio contratado con LA COMPAÑÍA, en caso de que aplique; (x) Recolectar, almacenar, actualizar, usar, y conservar los datos personales de mis hijos o representantes legales, tales como: datos de mi estado de salud, 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) Tramitar y gestionar solicitudes, solicitudes, peticiones o quejas de 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: ☒ 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 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.

Firma cliente o representante legal

