



ESTA SOLICITUD DEBE SER LLENADA A MANO POR EL DISTRIBUIDOR. LA INFORMACION CONSIGNADA EN ESTE FORMULARIO DEBE SER EXACTA Y VERDADERA. SI RESULTARA INEXACTO ALGUNO DE LOS DATOS HABRA LUGAR A LA CANCELACION UNILATERAL DEL RESPECTIVO CONTRATO POR JUSTA CAUSA Y SIN INDEMNIZACION ALGUNA (ARTICULO 62 DEL CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO)

NOMBRE COMPLETO	C.C. ó NIT.	DE	EDAD
-----------------	-------------	----	------

NIVEL DE ESTUDIOS	FECHA INGRESO
-------------------	---------------

CIUDAD Y FECHA DE NACIMIENTO		AÑO	MES	DÍA	CIUDAD	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	
TELÉFONO CASA	CELULAR				LIBRETA MILITAR No.	ESTADO CIVIL	RH CORREO ELECTRÓNICO
PERSONAS QUE DEPENDEN DE USTED CONYUGE _____ HIJOS _____ PADRES _____ OTROS _____				PERSONAS QUE CONVIVEN CON USTED CONYUGE _____ HIJOS _____ PADRES _____ OTROS _____			EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A: TEL. _____
NOMBRE DEL PADRE					NOMBRE DE LA MADRE		
NOMBRE DEL CONYUGE					OCUPACIÓN		

NIVEL	FECHA DE INICIO	FECHA TERMINACIÓN	TITULO OBTENIDO / ASUNTO DEL SEMINARIO	LUGAR	NOMBRE INSTITUCION
SECUNDARIA					
TECNICO					
PROFESIONAL					
OTRO					
SEMINARIOS 6 CURSOS					

¿QUÉ TIPO DE SEGUROS HA VENDIDO?
¿POR QUÉ LE GUSTAN LOS PRODUCTOS DE VIDA INDIVIDUAL DE OLD MUTUAL?

EXPERIENCIA LABORAL

TIENE USTED EXPERIENCIA LABORAL EN EL EJERCICIO DE SU PROFESION

SI ☐ NO ☐

AÑOS \_\_\_\_\_

DESCRIPCION				FUNCIONES EN LOS TRES (3) ULTIMOS EMPLEOS			
NOMBRE DE LA EMPRESA				.			
ACTIVIDAD DE LA EMPRESA				.			
CARGO DESEMPEÑADO				.			
INGRESO		EGRESO		.			
MES	AÑO	MES	AÑO				
NOMBRE DE LA EMPRESA				.			
ACTIVIDAD DE LA EMPRESA				.			
CARGO DESEMPEÑADO				.			
INGRESO		EGRESO		.			
MES	AÑO	MES	AÑO				
NOMBRE DE LA EMPRESA				.			
ACTIVIDAD DE LA EMPRESA				.			
CARGO DESEMPEÑADO				.			
INGRESO		EGRESO		.			
MES	AÑO	MES	AÑO				

PATRIMONIO ACTUAL

Cuentas Corrientes	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Cuentas de Ahorros	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Tarjetas de Crédito y Créditos	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Obligaciones con terceros y entidaes financieras	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Se encuentra reportado ante centrales de riesgo (valor – meses de mora – entidad (es))	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

OTROS ACTIVOS

Tiene otros ingresos				SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>				
Fuente de ingresos				Monto mensual							
Vive en	Casa propia	<input type="checkbox"/>	Paga arriendo	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>	Posee finca raíz	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Vehículo No. Placa		Marca			Valor						
Vehículo No. Placa		Marca			Valor						

DATOS FRENTE A LA EMPRESA

¿Tiene o ha tenido parientes trabajando en Old Mutual?			SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	PARENTESCO
SI tiene visa de trabajo indique en que países			SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	
Está usted o cree estar incurriendo en algún tipo de inhabilidad o incompatibilidad en el desempeño de su cargo como administrador o en su labor como agente colocador de seguros conforme al numeral 2 del artículo 77 y numeral 6 del artículo 41 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y/o cualquier norma que la derogue, adicione o modifique							
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>							
Se encuentra en curso alguna actuación administrativa en la cual sea usted investigado por cualquiera de los siguientes organismos o le ha sido impuesta alguna sanción personal por alguno de ellos.							
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>							
Tiene o ha tenido algún proceso con Old Mutual							
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>							

REFERENCIAS PERSONALES (NO INCLUIR PARIENTES NI JEFES ANTERIORES)

NOMBRE	EMPRESA DONDE LABORA	CARGO	TELEFONO

REFERENCIAS FAMILIARES

NOMBRE	EMPRESA DONDE LABORA	CARGO	TELEFONO

Manifiesto que la información aquí consignada es completa y veraz. Autorizo de manera permanente a la Compañía para que de información comercial a otras entidades, procese, consulte, reporte o actualice cualquier información de carácter financiero y comercial a las centrales de información o bases de datos debidamente constituidas, durante el tiempo que las normas y las autoridades lo establezcan.

FIRMA

C.C. DEL FUNCIONARIO

LA SIGUIENTE INFORMACIÓN ES CONFIDENCIAL Y PARA USO EXCLUSIVO DEL GERENTE/SUBGERENTE COMERCIALDE SEGUROS

FECHA

CIUDAD AIS

NOMBRE DEL ENTREVISTADOR

COMPORTAMIENTOS A EVALUAR	Inferior a lo requerido	Acorde	Supera lo requerido	Excede lo requerido
Presentación e impacto personal				
Experiencia laboral				
Habilidades de Comunicación				
Seguridad en sí mismo				
Capacidad argumentativa				
Capacidad Empática				
Mantiene contacto visual				
Tiene interés por actualizarse y ser innovador				

¿RECOMIENDA AL AGENTE INDEPENDIENTE DE SEGUROS?

Si ☐ No ☐

¿Por qué?

OBSERVACIONES

## AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS

Declaro que he sido informado que:

(i) Old Mutual Compañía de Seguros de Vida S.A. (en adelante Old Mutual), actuará como el Responsable del Tratamiento de mis datos personales; (ii) Ha puesto a mi disposición la línea de atención nacional 01 8000 517 526, el correo electrónico cliente@oldmutual.com.co y las oficinas de atención al cliente a nivel nacional, cuya información puedo consultar en [www.oldmutual.com.co](http://www.oldmutual.com.co), disponibles de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m., para la atención de requerimientos relacionados con el tratamiento de mis datos personales y el ejercicio de los derechos como titular del dato previstos en la Constitución y la ley, especialmente a revocar el consentimiento, conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal; (iii) Mis derechos pueden ser ejercidos a través de los canales dispuestos por Old Mutual para la atención al público y observando la Política de Tratamiento de Información disponible en [www.oldmutual.com.co/protecciondedatos](http://www.oldmutual.com.co/protecciondedatos) (iv) Es voluntario responder preguntas que eventualmente me sean hechas sobre datos sensibles o datos de menores de edad, y que éstos últimos serán tratados respetando sus derechos fundamentales e intereses superiores.

Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a Old Mutual y a quien le sean cedidos los derechos, para tratar mis datos personales con las siguientes finalidades:

1. Realizar y publicar entrevistas realizadas, las cuales incluyen: fotografías, videograbaciones y en general, medios de captura de información digital o física, que serán utilizados para fines de publicidad, mercadeo, realización de afiches, pendones, folletos, banner, publicaciones en medios de comunicaciones y/o elaboración de cualquier otro material impreso para uso interno o externo de campañas.
2. Old Mutual podrá dar a conocer, transferir y/o transmitir sus datos personales dentro y fuera del país a cualquier empresa miembro del grupo Old Mutual, así como a terceros en consecuencia de un contrato, ley o vínculo lícito que así lo requiera.
3. Realizar contacto a través de los diferentes canales autorizados por Old Mutual, como: telefónico, personal, medios electrónicos, redes sociales, aplicaciones (Apps).
4. Mantener actualizada la información en las bases de datos y archivos de Old Mutual.
5. Invitar a participar en concursos, campañas e invitar a eventos.

Firma

Nombre

Documento de Identidad