



**BMI Colombia Compañía de Seguros de Vida S.A.**  
**SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA**

**PARTE A**

**Para diligenciar las casillas de: Tipo de identificación; Estado civil; Responsabilidad fiscal y Actividad económica por favor guíese por la información suministrada en el pie de página.**

**1. INFORMACIÓN DEL TOMADOR DE LA PÓLIZA (Diligenciar solo si el Tomador es diferente al Asegurado Propuesto)**

Apellido / Nombre		Sexo	<input type="checkbox"/> Masc.	<input type="checkbox"/> Fem.	Fecha de nacimiento	DD	MM	AAAA	Edad
Domicilio (Calle / Número / Ciudad)					Números de Teléfono				
Tipo de Documento de identidad			No. Documento de identidad			Estado civil			
Relación con el Asegurado Propuesto				Dirección de correo electrónico					
Responsable de IVA	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Responsabilidad fiscal						

**2. INFORMACIÓN DEL TOMADOR CONTINGENTE DE LA PÓLIZA**

Apellido / Nombre		Tipo de Documento de identidad			No. Documento de identidad				
Domicilio (Calle / Número / Ciudad)					Números de Teléfono				
Relación con el Asegurado Propuesto				Dirección de correo electrónico					

**3. INFORMACIÓN PERSONAL DEL ASEGURADO PROPUESTO (Persona natural)**

Apellido / Nombre		Sexo	<input type="checkbox"/> Masc.	<input type="checkbox"/> Fem.	Fecha de nacimiento	DD	MM	AAAA	Edad
Lugar de nacimiento	Estatura	Mts.	Cms.	Peso	Kgs.	Nacionalidad			
Domicilio (Calle / Número / Ciudad)					Números de Teléfono				
Dirección de correo electrónico									
Responsable de IVA	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Tipo de Documento de identidad			No. Documento de identidad			
Responsabilidad fiscal			Estado civil						

**4. EMPLEADOR**

Nombre de la Compañía		Ocupación	Cargo
Detalle sus actividades y tareas			Actividad económica de la empresa
Domicilio (Calle / Número / Ciudad)			
Números de Teléfono			Años de Empleo con la Compañía

**5. Información Personal del Tomador / Asegurado Propuesto (Responsable del pago de la prima).  
Si el Tomador es diferente al Asegurado Propuesto, debe completarse el Formulario Único de Conocimiento.**

Actividad Económica	Ingresos y Egresos		Activos y Pasivos
	Ingreso Mensual: \$	Concepto Otros Ingresos:	Activos: \$
<b>Código CIU</b>	Egreso Mensual: \$		Pasivos: \$
	Otros Ingresos: \$		Patrimonio: \$
¿Por su cargo o actividad maneja recursos públicos?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Por su cargo o actividad, ejerce algún grado de poder público?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Por su actividad u oficio goza usted de reconocimiento público general? Indique			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Es usted servidor público?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene usted la condición de Persona Expuesta Políticamente? (D. 2021 y D. 1674 de 2016 ) Indique			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene algún vínculo con una Persona considerada Públicamente Expuesta? Indique			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Es usted Representante Legal de una Organización Internacional? Indique			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Está usted sujeto a Obligaciones Tributarias en otro país o países? ¿Cuál(es)?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Declaro expresamente que:</b>			
1. La actividad, profesión u oficio del suscrito (persona o compañía) es lícita y se ejerce dentro del marco legal y los recursos de la misma no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.			
2. La Información suministrada en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y la suscrita (persona o compañía) se compromete a actualizarla anualmente.			
3. Los recursos que se deriven del desarrollo de éste contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.			
4. Los recursos que posee la suscrita (persona o compañía) provienen de las actividades descritas anteriormente.			
5. Los bienes y/o fondos relacionados o suministrados a BMI COLOMBIA en desarrollo de las operaciones comerciales tienen como ORIGEN la siguiente fuente: _____ y provienen del siguiente país: _____			

**TIPO DE IDENTIFICACIÓN:** 1. CC; 2. CE ; 3. PAS; 4. TI; 5. RC; 6. NUIP; 7. NIT; 8. PPT – Permiso de Permanencia temporal. 9. PD Pasaporte diplomático

**Estado civil:** 1. Soltero (a) ; 2. Casado (a) 3. Unión libre; 4. Divorciado (a); 5. Separada (o); 6. Viudo (a)

**Responsabilidad fiscal:** O-13 Gran contribuyente; O-15 Autorretenedor; O-23 Agente de retención IVA; O-47 Régimen simple de tributación; R-99-PN No aplica-otros.

**Actividad económica:** 1. Asalariado; 2. Socio; 3. Estudiante; 4. Inversionista; 5. Pensionado; 6. Negociante; 7. Rentista; 8. Independiente; 9. Ama de casa.

<b>Actividades en Operaciones Internacionales</b> Realiza Operaciones en Moneda Extranjera <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No						
¿Cuál?	<input type="checkbox"/> Importaciones	<input type="checkbox"/> Exportaciones	<input type="checkbox"/> Inversiones	<input type="checkbox"/> Préstamos	<input type="checkbox"/> Pago Servicios	
	<input type="checkbox"/> Transferencias					
<b>Tipo de Producto</b>	<b>Identificación Producto</b>	<b>Entidad</b>	<b>Monto</b>	<b>Ciudad</b>	<b>Pais</b>	<b>Moneda</b>

<b>6. PLAN DE SEGURO (seleccione el producto o productos, entre universal y seguro a término)</b>						
<input type="checkbox"/> Fumador <input type="checkbox"/> No Fumador Iniciales						
<b>6.a. PLAN UNIVERSAL SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (seleccione)</b>						
Nombre del Plan				Suma Asegurada US \$		
Para Pólizas de Vida Universal - Opción A será automáticamente seleccionada si usted no hace su selección.		Aplica solamente para el plan Indexado. Favor seleccionar índice:		Forma de pago		
<input type="checkbox"/> Opción A - Suma Asegurada		<input type="checkbox"/> S&P 500		<input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> Trimestral	Prima Programada \$
<input type="checkbox"/> Opción B - Suma Asegurada más Valor Acumulado		<input type="checkbox"/> NASDAQ 100		<input type="checkbox"/> Semestral	<input type="checkbox"/> Mensual	
				<input type="checkbox"/> Otro		
<b>6.b. PLAN A TÉRMINO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (seleccione)</b>						
Seleccione Término del Contrato (solo para Planes a Término) <input type="checkbox"/> 1 Año <input type="checkbox"/> 5 Años <input type="checkbox"/> 10 Años <input type="checkbox"/> 15 Años <input type="checkbox"/> 20 Años <input type="checkbox"/> 30 Años						
Suma Asegurada US \$				Forma de pago <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro		
				Prima Programada \$		

<b>7. ANEXOS OPCIONALES (Para Pólizas de Vida Universal Solamente)</b>						
<input type="checkbox"/> Muerte Accidental			<input type="checkbox"/> Incapacidad Total y Permanente (Solo Best Indexed) - Cantidad US \$			
<input type="checkbox"/> Exoneración de Cargos Mensuales por Incapacidad Total			<input type="checkbox"/> Ninguno			
<input type="checkbox"/> Renta Familiar: Cantidad US \$ <input type="checkbox"/> 10 Años o <input type="checkbox"/> 20 Años			<input type="checkbox"/> Otro - Favor indicar Plan y Cantidad			
<input type="checkbox"/> Seguro Adicional sobre Asegurado Principal: Cantidad US \$						
<b>7.a ANEXOS OPCIONALES (Para Pólizas de Término Solamente)</b>						
<input type="checkbox"/> Muerte, Desmembración e Inhabilitación Accidental Cantidad US \$			<input type="checkbox"/> Enfermedades Graves - Cantidad US \$			
<input type="checkbox"/> Devolución de Primas T20 - T30			<input type="checkbox"/> Ninguno			
<input type="checkbox"/> Incapacidad Total y Permanente - Cantidad US \$			<input type="checkbox"/> Otro - Favor indicar Plan y Cantidad			
<input type="checkbox"/> Renta diaria por Hospitalización						

<b>8. SEGURO(S) DE VIDA VIGENTES SOBRE LA VIDA DEL ASEGURADO PROPUESTO</b>						
<input type="checkbox"/> Si (Favor detallar a continuación) <input type="checkbox"/> Ninguno						
Compañía	Fecha de Emisión	Suma Asegurada		Beneficio por Muerte Accidental		
		Dólares US	Pesos Colombianos	Dólares US	Pesos Colombianos	
A		\$	\$	\$	\$	
B		\$	\$	\$	\$	
C		\$	\$	\$	\$	
¿Reemplazará la póliza solicitada algún seguro en esta u otra compañía? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Qué compañía? <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C						
¿Tiene alguna solicitud pendiente en otra compañía? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo favor detallar a continuación.						
Fecha		Compañía		Cantidad		
Acción tomada por la compañía						

<b>9. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES DE SEGUROS</b>						
¿Alguna vez ha solicitado o ha recibido indemnizaciones sobre seguros durante los últimos dos años? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No						
(En caso afirmativo, favor suministrar fecha, compañía, Valor en pesos, Acción tomada por la compañía).						

**10. BENEFICIARIOS (verifique que la sumatoria de los porcentajes de participación sea el 100%)**

Nombre y Apellido	Fecha de Nacimiento	Tipo y Número de Identificación	Parentesco	*Ocupación	%
<b>Primario (s)</b>					
<b>Contingente (s)</b>					

**Nota: PARENTESCO:** Cónyuge, Hijo, Hermano, Padres, Otros. Si el parentesco es Otros especificar (En caso de cesión en favor de acreedor, se entenderá que este es beneficiario en los términos del documento "cesión de garantía" el cual hará parte integral de la póliza)

**Nota 2: \*OCUPACIÓN:** Si los beneficiarios son menores de edad o beneficiario oneroso N/A

**11. DISPOSICIONES ESPECIALES**

**12. DETALLES DEL ASEGURADO PROPUESTO**

A. Favor indicar si Usted:	SÍ	NO
1. ¿Ha participado o piensa participar durante los próximos dos años en actividades de aviación en calidad de piloto o miembro de la tripulación, planeo, carreras, buceo, paracaidismo con o sin caída libre o cualquier otro deporte peligroso? En caso afirmativo especifique cual y complete el cuestionario correspondiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Ha viajado o piensa viajar fuera de su país durante los próximos dos años? En caso afirmativo, favor detallar en <b>Aclaraciones</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Ha sido investigado, arrestado o declarado culpable de un crimen? En caso afirmativo, favor detallar en <b>Aclaraciones</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha sido secuestrado, extorsionado o recibido alguna amenaza en contra de su vida o de alguien en su familia? En caso afirmativo, favor detallar en <b>Aclaraciones</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Ha estado involucrado en un accidente de carro, declarado culpable de manejar bajo la influencia de alcohol o drogas o ha tenido más de una infracción de tráfico? En caso afirmativo, favor detallar en <b>Aclaraciones</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Alguna vez ha solicitado o recibido beneficios por incapacidad? En caso afirmativo, favor detallar en <b>Aclaraciones</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Alguna vez le han rechazado, diferido, ofrecido con sobreprima o modificado en cualquier forma una solicitud o rehabilitación de seguro de vida o por incapacidad? En caso afirmativo, favor detallar en <b>Aclaraciones</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Ha servido o piensa servir en las Fuerzas Armadas o en la Reserva Militar durante los próximos dos años? En caso afirmativo, favor detallar en <b>Aclaraciones</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B.</b> Durante los últimos doce meses, ¿ha fumado usted cigarrillos o ha usado otros productos derivados del tabaco? En caso afirmativo, favor indicar cual producto y que cantidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> a. Cigarrillos _____ <input type="checkbox"/> d. Pipa _____		
<input type="checkbox"/> b. Tabaco _____ <input type="checkbox"/> e. Mastica Tabaco _____		
<input type="checkbox"/> c. Parche o Chicle de Nicotina _____ <input type="checkbox"/> f. Otro _____		
<b>C.</b> Durante los últimos diez años, ¿ha usado usted cocaína, marihuana, meta-anfetaminas, barbitúricos u otras sustancias controladas? En caso afirmativo, favor completar el cuestionario de "Uso de Drogas"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>D.</b> ¿Consumo bebidas alcohólicas? En caso afirmativo favor indicar el tipo de bebida alcohólica, cantidad que toma y frecuencia .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**13. ACLARACIONES A SECCIÓN DE DETALLES DEL ASEGURADO PROPUESTO**

**PARTE B (Para ser diligenciado por el asegurado propuesto)**

1. Nombre del médico y/o médico personal que lo atendió últimamente		
Dirección	Fecha	Motivo
Tratamiento Recibido		
2. ¿Ha tenido algún cambio de peso durante los últimos doce meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo: <input type="checkbox"/> Aumento <input type="checkbox"/> Pérdida		
Favor proveer detalles a continuación		

### 3. HISTORIAL CLÍNICO

	SÍ	NO
<b>¿Ha sido usted diagnosticado o tratado por alguna de las siguientes condiciones?</b>		
a. ¿Enfermedad de los ojos, oídos, nariz, o garganta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Mareos, desmayos, convulsiones, dolor de cabeza, afección del habla, parálisis, apoplejía, trastorno mental o nervioso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ¿Ahogos, ronquera, tos persistente, esputos de sangre, bronquitis, pleuresía, asma, enfisema, tuberculosis o trastornos respiratorios crónicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ¿Dolor en el pecho, palpitaciones, hipertensión arterial, fiebre reumática, soplo cardíaco, ataque cardíaco u otra enfermedad del corazón o los vasos sanguíneos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ¿Ictericia, hemorragia intestinal, úlcera, hernia, apendicitis, colitis, diverticulitis, hemorroides, indigestión recurrente u otro desorden del estómago, intestinos, hígado o vesícula biliar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. ¿Azúcar, albúmina, sangre o pus en la orina, enfermedades venéreas, cálculos u otros trastornos renales, de la vejiga, próstata u órganos reproductivos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. ¿Diabetes, tiroides u otro trastorno endocrino?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. ¿Neuritis, ciática, reumatismo, artritis, gota o desorden de los músculos o huesos, incluso de la columna vertebral, la espalda y las articulaciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. ¿Deformidad, cojera, o amputación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. ¿Enfermedad de la piel, ganglios linfáticos, quiste, tumor o cáncer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. ¿Alergias, anemia u otro desorden sanguíneo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. ¿Está usted actualmente tomando medicamento, bajo observación o tratamiento prescrito por un médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Además de lo arriba mencionado, durante los últimos cinco años, usted:</b>		
m. ¿Ha sufrido alguna enfermedad mental o física?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. ¿Ha tenido un examen médico, consulta, enfermedad, lesión u operación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. ¿Ha sido paciente en un hospital, clínica, sanatorio u otra institución médica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p. ¿Se ha hecho un electrocardiograma, radiografía u otra prueba diagnóstica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q. ¿Se le aconsejó alguna prueba diagnóstica, hospitalización o cirugía que no se ha llevado a cabo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha tenido resultados positivos por haber sido expuesto a la infección del VIH u ha sido diagnosticado con el Complejo relacionado con el SIDA o el SIDA por causa de infección del VIH u otra enfermedad o condición derivada de dicha infección?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Han padecido alguna vez sus padres, hermanos o hermanas de diabetes, cáncer, hipertensión arterial, enfermedad cardíaca, renal y/o mental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6. Para mujeres solamente.</b>		
a. ¿Ha tenido usted algún trastorno en la menstruación, en el embarazo, en los órganos reproductivos o en los senos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Está usted embarazada? ¿Cuántos meses tiene de embarazo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Aclaraciones a Sección de Detalles del Historial Clínico</b>		

### PARTE C (Para ser diligenciado por el intermediario)

1. ¿Cuánto tiempo hace que conoce al asegurado propuesto?	2. ¿Cuánto tiempo hace que conoce al tomador de la póliza?
3. ¿Qué tanto conoce al asegurado propuesto?	<input type="checkbox"/> Muy bien <input type="checkbox"/> No muy bien <input type="checkbox"/> Recién conocido
4. ¿Quién inició los trámites para este seguro?	<input type="checkbox"/> El Intermediario <input type="checkbox"/> Asegurado Propuesto <input type="checkbox"/> Tomador de Póliza
5. ¿Cuál es el propósito de este seguro?	
6. ¿Sabe algo sobre la salud, pasatiempos o estilo de vida que pueda afectar la asegurabilidad del asegurado propuesto?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, favor explicar a continuación	
7. ¿Reemplazará el seguro solicitado cualquier otro seguro?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
8. Ingreso anual del asegurado propuesto en US \$	
9. Fuente de ingreso	
10. Cantidad de seguro en vigor sobre la vida del cónyuge y/o socio US \$	
11. Si el cónyuge no está asegurado, explique por qué	
12. ¿Si aplica, dio el recibo condicional al titular de póliza?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
13. ¿La entrevista fue de forma presencial o virtual?	<input type="checkbox"/> Virtual <input type="checkbox"/> Presencial
14. ¿Se hicieron cada una de las preguntas en esta solicitud y anotó las respuestas correctamente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
15. Utilice este espacio para describir la información que se deba tener en cuenta para el análisis de la solicitud	

**AUTORIZACIONES**

- Hago constar que las respuestas dadas en la presente solicitud son veraces y ajustadas a la realidad y reconozco que la reticencia o inexactitud en las mismas acarrearán las consecuencias definidas en el artículo 1058 del Código de Comercio. Sin perjuicio de lo anterior, autorizo a BMI Colombia para verificar la validez de la información suministrada en la presente solicitud de seguro en caso de que antes o después de mi fallecimiento se compruebe que las declaraciones en ellas contenidas no correspondían a la verdad en el momento de aceptar el seguro, en los términos del artículo 1158 del Código de Comercio.
- Autorizo de manera irrevocable a BMI Colombia a solicitar a cualquier persona, institución o autoridad, información sobre mis referencias personales, comerciales y financieras, mis negocios y actividades, mis obligaciones con el sector financiero y asegurador, antecedentes judiciales y cualquier otro dato que a juicio de la compañía sea pertinente para verificar y ampliar lo consignado en esta solicitud de seguro, así como para evaluar la aceptación de la misma.
- De conformidad con lo establecido en el artículo 34 de la Ley 23 de 1981, autorizo a cualquier médico, clínica hospital, entidad promotora de salud, empresa de medicina prepagada o institución prestadora de servicios de salud que me haya atendido, a la que haya estado afiliado(1) o con la que haya suscrito algún contrato para que a partir de la firma de la presente solicitud y aún después de mi muerte, aporte a BMI Colombia copia de mi historia clínica, formularios de solicitud de contratación al servicio de medicina prepagada – cuestionario de salud, declaración de estado de salud y/o cualquier otro tipo de documentos, formularios y/o datos sobre mi estado de salud, así como de todos aquellos que en ella se registren o lleguen a ser registrados y de sus anexos.
- Será obligación del Tomador dar a conocer a los asegurados las Condiciones Generales de la presente póliza. La Aseguradora cumple la obligación del artículo 1046 del Código de Comercio con la entrega al Tomador de las Condiciones. Será responsable de cada uno de los Asegurados el informarse acerca de las condiciones particulares del producto y manifestar en el tiempo y por los medios debidos las dudas que tenga al respecto.
- Hago constar que las condiciones de la póliza que se encuentran en el numeral 6 del presente documento las conocí previamente y están soportadas en la cotización-ilustración que hace parte integral de la solicitud del seguro.
- Declaro que al momento del diligenciamiento del presente documento no poseo información relativa al comportamiento financiero y transaccional de mis beneficiarios, la cual en todo caso será proporcionada por los mismos en caso de producirse una reclamación.

**FIRMA ELECTRÓNICA / DIGITAL:** Las Partes declaran que el presente formulario será suscrito mediante firma electrónica / digital a través de la herramienta que dispone BMI, la cual provee un proceso de firma electrónica / digital que garantiza el cumplimiento de los requisitos previstos en la legislación vigente (Ley 527 de 1999, y demás normas que la reglamentan): autenticidad (identidad de los firmantes), integridad (no alteración del documento luego de su firma) y no repudio (la debida trazabilidad).

**AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS**

**Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ASEGURADORA, a BMI Colombia Compañía de Seguros de Vida S.A. Así mismo, entiéndase como INTERMEDIARIO DE SEGUROS los vinculados contractualmente por LA ASEGURADORA para la comercialización de sus productos. Declaro expresamente:**

- Que para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de BMI Colombia Compañía de Seguros de Vida S.A., suministro mis datos personales para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende la actividad aseguradora.
  - Que LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS me han informado, de manera expresa:
    - FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:** Mis datos personales serán tratados por LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, para las siguientes finalidades: i) El trámite de mi solicitud de vinculación como consumidor financiero, deudor, contraparte contractual y/o proveedor; ii) El proceso de denegación de contratos con LA ASEGURADORA, incluyendo la determinación de primas y la selección de riesgos; iii) La ejecución y el cumplimiento de los contratos que celebre; iv) El control y la prevención del fraude; v) La liquidación y pago de siniestros; vi) Todo lo que involucre la gestión integral del seguro contratado; vii) Controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral; viii) La elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general, estudios de técnica aseguradora; ix) Envío de información relativa a la educación financiera, encuestas de satisfacción de clientes y ofertas comerciales de seguros, así como de otros servicios inherentes a la actividad aseguradora; x) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS; xi) Envío de información financiera de sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS), en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA); xii) Intercambio de información tributaria en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia; xiii) La prevención y control del lavado de activos y la financiación del terrorismo.
    - El tratamiento podrá ser realizado directamente por BMI Colombia Compañía de Seguros de Vida S.A o por los encargados del tratamiento que esta considere necesarios.
    - USUARIOS DE LA INFORMACIÓN:** Que los datos podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas, a: i) Las personas jurídicas que tienen la calidad de filiales, subsidiarias o vinculadas, o de matriz de LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS; ii) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, tales como: call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, médicos externos, entre otros; iii) LOS INTERMEDIARIOS DE SEGUROS que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro; iv) Las personas con las cuales LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS adelante gestiones para efectos de celebrar contratos de Coaseguro o Reaseguro; v) FASECOLDA e INVERFAS S.A., personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraudes, la selección de riesgos, y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales.
    - TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAÍSES:** Que en ciertas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir las finalidades del tratamiento.
    - DATOS SENSIBLES:** 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. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, los relativos a la salud y a los datos biométricos.
    - DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES:** Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas.
    - DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN:** 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 y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre mí.
    - RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN:** Que los responsables del tratamiento de la información son LA ASEGURADORA Y/O LOS INTERMEDIARIOS.
    - AUTORIZACIÓN:** De manera expresa, AUTORIZO el Tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizo, de ser necesario, la transferencia internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que me fueron informados en este documento.
    - POLÍTICA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE DATOS PERSONALES:** LA ASEGURADORA informa que la presente autorización se ajusta a la Política para la administración de datos personales definida por sus órganos competentes.
    - DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN:** A través de este formulario, he presentado a BMI Colombia Compañía de Seguros de Vida S.A datos personales veraces, fidedignos y actualizados, los cuales pueden ser utilizados para que yo sea contactado. Declaro conocer y estar informado que los canales de comunicación que a continuación se relacionan, pueden ser utilizados por BMI Colombia Compañía de Seguros de Vida S.A para realizar gestiones comerciales y de cobranza. En consecuencia, AUTORIZO a BMI Colombia Compañía de Seguros de Vida S.A y a las entidades que éstas deleguen para la realización de actividades de mercadeo y cobranza, a que me contacten para estos propósitos a través de mensajes de texto (SMS), mensajería por aplicaciones web, correos electrónicos, llamadas telefónicas, mensajerías de correo físico y cualquier otro que en adelante pueda surgir. Manifiesto que, en caso de que no quiera ser contactado por algunos de estos canales para propósitos de mercadeo o cartera, lo indicaré por escrito a BMI Colombia Compañía de Seguros de Vida S.A. y por lo anterior, en el ejercicio de esta elección, indico que **no quiero ser contactado por el siguiente canal:**
- De no informar un canal en específico, autorizo que me contacten a los suministrados a lo largo del presente formulario.

**Con la firma y huella del presente documento dejo constancia de haber leído y aceptado lo consignado a lo largo del mismo.**

El presente documento se firma a los	días de mes de	del año
Firma del Intermediario*	Firma del Tomador de la Póliza*	Firma del Asegurado Propuesto*

\*Si su firma es manuscrita por favor coloque la huella de su índice derecho al lado de la firma.

Este documento solo constituye una solicitud de seguro, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la empresa de seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

**REQUISITOS SOMETIDOS CON ESTA SOLICITUD**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Perfil de Sangre Completo | <input type="checkbox"/> EKG                  | <input type="checkbox"/> Examen de Orina               |
| <input type="checkbox"/> Mini Perfil de Sangre     | <input type="checkbox"/> Prueba de Esfuerzo   | <input type="checkbox"/> Suplemento Pólizas Grandes    |
| <input type="checkbox"/> Examen Médico             | <input type="checkbox"/> Radiografía de Tórax | <input type="checkbox"/> Fotocopia de Cédula/Pasaporte |
| <input type="checkbox"/> Otro(s)                   |   |  |

**Documentos Requeridos:** Se requiere adjuntar la siguiente documentación:

- En todos los casos es necesario adjuntar fotocopia legible del documento de identificación. Tomador y Asegurado Propuesto (Si éste es diferente al Tomador).
- En caso de ser apoderado, adjuntar poder. La compañía podrá requerir información adicional que considere relevante y necesaria para controlar el riesgo LA/FT. Declaración de Renta (si aplica). Tomador.

**BMI Colombia Compañía de Seguros de Vida S.A.** Carrera 11 No. 84 A - 09, Oficina 903, Torre Amadeus, Costado Sur, Bogotá, Colombia PBX (601) 518 7700  
 contactenos@bmicos.com - [www.bmicos.com/colombia](http://www.bmicos.com/colombia)

**Línea de Servicio al Cliente: 01 800 097 8625**

Defensoría del consumidor financiero: Dra. Ana María Giraldo Rincón (defensor principal) / Dr. José Federico Ustáriz (defensor suplente).  
 Cra. 11A No. 96-51, Oficina 203, Bogotá D.C, teléfono 610 8161 - correo electrónico: [defensoriabmi@legalrc.com](mailto:defensoriabmi@legalrc.com)

   **BMI Seguros Colombia**





## BMI Colombia Compañía de Seguros de Vida S.A. AUTORIZACIÓN DÉBITO AUTOMÁTICO

Certifico que los datos aquí consignados son verídicos y autorizo a BMI Colombia Compañía de Seguros de Vida S.A. a cargar a mi tarjeta de crédito o debitar de la cuenta abajo mencionada, el valor que corresponde a la prima de seguros y/o a sus renovaciones, si a ella hubiera lugar. Como titular de la tarjeta o cuenta declaro que conozco que si no mantengo el cupo disponible o los fondos suficientes para el pago de la prima en el plazo establecido para ello, en cada período pactado, la póliza terminará por mora en el pago de la prima. El débito o cargo sólo se realizará por el monto de la cuota para el período correspondiente, en ningún caso se realizarán cobros parciales del valor de la prima para el período pactado.

Así mismo, autorizo a BMI Colombia Compañía de Seguros de Vida S.A. para que consignen en mi cuenta bancaria los pagos que se hayan originado por diferentes conceptos a mi favor. 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 suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

Autorizo a BMI Colombia Compañía de Seguros de Vida S.A. Nit. 901.061.386-7, con domicilio principal en la Carrera 11 #84-09 Oficina 903 de Bogotá, como responsable del tratamiento de mis datos, para que cualquier información derivada del presente contrato, sea compilada, almacenada, consultada, usada, procesada, compartida, para efectos de 1) El pago de las primas que contrate con dichas Aseguradoras; 2) para los pagos y/o reembolsos de dineros que dichas Aseguradoras deban efectuarme, en virtud de las pólizas que haya suscrito con ellas. Autorizo adicionalmente a BMI Colombia Compañía de Seguros de Vida S.A. a transferir mis datos personales a 1) las bases de datos y/o servidores controlados por BMI Colombia Compañía de Seguros de Vida S.A., sus matrices, subsidiarias y filiales, cuando ello fuere necesario para el cumplimiento de las finalidades autorizadas en este documento; 2) A los Encargados de realizar la gestión de recaudo y/o pagos por cuenta de BMI Colombia Compañía de Seguros de Vida S.A. Declaro que he sido informado de 1) la existencia de las Políticas de Tratamiento, las cuales se encuentran publicadas en [www.bmicol.com.co](http://www.bmicol.com.co) y también pueden ser solicitadas a [contactenos@bmicol.com.co](mailto:contactenos@bmicol.com.co) o al teléfono 518 7700 de Bogotá 2) Que me asisten los derechos establecidos en la ley 1581 de 2012 y sus Decretos reglamentarios o demás normas que la modifiquen, adicione o complementen, en especial los derechos a: a) Conocer, actualizar y rectificar mis datos b) Solicitar prueba de la autorización otorgada; c) Ser informado del uso que le ha dado a sus datos personales; d) Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a las disposiciones legales vigentes e) Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el Tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. f) Acceder en forma gratuita a mis datos personales que hayan sido objeto de Tratamiento, 3) Que la información que suministro sobre niños, niñas y adolescentes responde y respeta su interés superior y sus derechos fundamentales 4) Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles.

INFORMACIÓN BÁSICA	
<b>Tipo de Documento:</b> <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Carné Cancillería	<b>No. Documento:</b>
<b>Primer Apellido:</b>	<b>Segundo Apellido:</b>
<b>Nombre(s):</b>	<b>Ciudad:</b>
<b>Dirección Residencia:</b>	<b>Teléfono(s) Fijo:</b>
<b>Número Celular:</b>	<b>Correo Electrónico:</b>
<b>Entidad Financiera:</b>	
<b>Tipo de Cuenta o Tarjeta de Crédito:</b> <input type="checkbox"/> Ahorro <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> MasterCard <input type="checkbox"/> Diners <input type="checkbox"/> Amex	
<b>Número de Cuenta o TC:</b>	
<b>Forma de Pago:</b> <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual	<b>Fecha a Debitar: (ahorro y/o corriente)</b> Indicar fecha entre el 1 y el 28
<b>Valor Prima:</b>	<b>No. de Cuotas:</b>

FIRMA Y HUELLA	
Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información suministrada es exacta en todas sus parte y firmo el presente documento como titular de la cuenta.	
<b>No. Documento de Identificación</b>	Firma
Se firma la presente solicitud en la ciudad de: _____ el día _____ de _____ de _____	Índice Derecho