

1. INFORMACIÓN PERSONAL DEL ASEGURADO (Persona natural)

Apellido(s) / Nombre(s)		Sexo		<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino
Fecha de Nacimiento	DD MM AAAA	Edad	Lugar de Nacimiento	Nacionalidad	
Domicilio (Calle / Número / Ciudad)			Número de Teléfono	Casa:	Celular:
Dirección de Correo Electrónico			Tipo / No. Documento de Identidad		
Estado Civil	<input type="checkbox"/> Soltero(a)	<input type="checkbox"/> Casado(a)	<input type="checkbox"/> Divorciado(a)	<input type="checkbox"/> Viudo(a)	

2. EMPLEADOR

Nombre de la Compañía	Ocupación	Cargo
Domicilio (Calle / Número / Ciudad)	No. de Teléfono	Años de Empleo con la Compañía
Actividad Económica de la Empresa		

3. INFORMACIÓN PERSONAL DEL ASEGURADO

Actividad Económica			Ingresos y Egresos		Activos y Pasivos	
<input type="checkbox"/> Asalariado	<input type="checkbox"/> Socio	<input type="checkbox"/> Autónomo	Ingreso Mensual:	\$	Activos:	\$
<input type="checkbox"/> Estudiante	<input type="checkbox"/> Negociante	<input type="checkbox"/> Comerciante	Egreso Mensual:	\$	Pasivos:	\$
<input type="checkbox"/> Inversionista	<input type="checkbox"/> Independiente	<input type="checkbox"/> Hogar	Otros Ingresos:	\$	Patrimonio:	\$
<input type="checkbox"/> Pensionado	<input type="checkbox"/> Rentista		Concepto Otros Ingresos			
Código CIU:						
¿Por su cargo o actividad maneja recursos públicos?					<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Por su cargo o actividad, ejerce algún grado de poder público?					<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Por su actividad u oficio goza usted de reconocimiento público general? Indique					<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Es usted servidor público?					<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Tiene usted la condición de Persona Expuesta Políticamente? (D. 1674/16) Indique					<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Tiene algún vínculo con una Persona considerada Públicamente Expuesta? Indique					<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Es usted Representante Legal de una Organización Internacional? Indique					<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Está usted sujeto a Obligaciones Tributarias en otro país o países? ¿Cuál(es)? Indique					<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

Declaro expresamente que:

- 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.
- 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.
- Los recursos que se deriven del desarrollo de éste contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
- Los recursos que posee la suscrita (persona o compañía) provienen de las actividades descritas anteriormente.
- 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:

Actividades en Operaciones Internacionales

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

Fm033 -V1 - abril 2020

4. BENEFICIARIOS

Diligencie este espacio en caso que quiera cambiar a los Beneficiarios inicialmente registrados, verifique que la sumatoria de los porcentajes de participación sea el 100%

Primario(s)	Fecha de nacimiento			Tipo de Documento	Documento de Identidad	Parentesco	Porcentaje %
	Día	Mes	Año				

Contingente(s)	Fecha de nacimiento			Tipo de Documento	Documento de Identidad	Parentesco	Porcentaje %
	Día	Mes	Año				

AUTORIZACIONES

1. 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. 2. 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. 3. 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. 4. 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.

AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS

Para efectos de la presente autorización, entendiéndose por LAASEGURADORA, a BMI Colombia Compañía de Seguros de Vida S.A. Así mismo, entendiéndose como INTERMEDIARIO DE SEGUROS los vinculados contractualmente por LA ASEGURADORA para la comercialización de sus productos. Declaro expresamente: I. 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. II. Que LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS me han informado, de manera expresa: 1. **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 negociación 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 LAASEGURADORA 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. 2. 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. 3. **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 LAASEGURADORA 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. 4. **TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAISES:** Que en ciertas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir las finalidades del tratamiento. 5. **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. 6. **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. 7. **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. 8. **RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN:** Que los Responsables del tratamiento de la información son LA ASEGURADORA Y/O LOS INTERMEDIARIOS. III. **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. IV. **POLÍTICA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE DATOS PERSONALES:** LAASEGURADORA informa que la presente autorización se ajusta a la Política para la administración de datos personales definida por sus órganos competentes.

Con la firma 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 CLIENTE