

1. INFORMACIÓN DEL TOMADOR DE LA PÓLIZA (Diligenciar solo si el tomador es diferente al asegurado titular)

Apellidos y nombres / Razón social Fecha de nacimiento DD MM AAAA Edad

Domicilio - Calle / Número / Ciudad Sexo Masculino Femenino

Números de teléfono Tipo de documento de identidad No. documento de identidad

Relación con el asegurado propuesto Dirección de correo electrónico

Responsable de IVA Sí No Responsabilidad fiscal

Actividad económica Código CIU

2. ASEGURADO(S) PROPUESTO(S) - ASEGURADO PRINCIPAL

Apellidos Nombres Sexo Masculino Femenino

Fecha de nacimiento DD MM AAAA Edad Lugar de nacimiento Peso / Kgs. Estatura Mts./Cms. EPS

Dirección / Ciudad Tipo de doc. identidad No. documento de identidad

Teléfono Correo Nombre de la compañía donde labora

Responsable de IVA Sí No Responsabilidad fiscal

Actividad económica Código CIU

3. CONTINUIDAD

Dependiente	Trae continuidad de otra compañía	*Nombre de compañía anterior	Fecha de continuidad / Antigüedad
1	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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: 0-13 Gran contribuyente; 0-15 Autorretenedor; 0-23 Agente de retención IVA; 0-47 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.



4. DEPENDIENTES

Dependiente	No. Documento	Género	1er. Apellido	2o. Apellido	1er. Nombre	2o. Nombre	Fecha nacimiento		
1							DD	MM	AAAA
2							DD	MM	AAAA
3							DD	MM	AAAA
4							DD	MM	AAAA
5							DD	MM	AAAA

Dependiente	Estatura (Cm.)	Peso (Kg.)	Parentesco con asegurado principal	Estado Civil	EPS	Ocupación
1						
2						
3						
4						
5						

5. PLANES

ESENCIAL
 ESENCIAL CARE
 ESENCIAL PLUS
 SALUD COLECTIVO LOCAL

6. PRIMAS - FAVOR DILIGENCIAR PRIMA SEGÚN FRECUENCIA DE PAGO

Frecuencia de pago:
 ANUAL
 SEMESTRAL
 TRIMESTRAL
 MENSUAL

7. DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

Certifico que las respuestas a continuación son precisas y exactas	Asegurado		Dependiente 1		Dependiente 2		Dependiente 3		Dependiente 4		Dependiente 5	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Marque con una X según corresponda												
¿Ha recibido tratamiento o consejería por parte de un psiquiatra, psicólogo u otro profesional de salud mental en algún momento de su vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se le ha recomendado alguna prueba diagnóstica, hospitalización o cirugía que aun no se ha realizado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha sido ingresado en un hospital, clínica, sanatorio o institución médica en algún momento de su vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha sido diagnosticado con alguna enfermedad crónica (diabetes, hipertensión arterial; etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Conecta con BMI



7. DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

¿Cuáles de las siguientes condiciones médicas ha experimentado, ha sido diagnosticado con ellas o está actualmente recibiendo tratamiento?

Marque con una **X** según corresponda

	Asegurado		Dependiente 1		Dependiente 2		Dependiente 3		Dependiente 4		Dependiente 5	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Trastornos sanguíneos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades de los ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades de la nariz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades del oído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parálisis facial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parálisis cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vértigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meningitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trauma craneal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades mentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades de tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades de esófago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades del sistema gastro intestinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades pulmonares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastornos cardiacos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades renales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades hepáticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades de los genitales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades en la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malformaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha sufrido algún accidente grave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Conecta con BMI



7. DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

	Asegurado		Dependiente 1		Dependiente 2		Dependiente 3		Dependiente 4		Dependiente 5	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
¿Ha tenido enfermedades o lesiones diferentes a las anunciadas anteriormente, por las que ha recibido o está recibiendo tratamiento o control con medicamentos o tiene programada una intervención quirúrgica o exámenes en los próximos seis (6) meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha padecido algún familiar suyo de diabetes, cáncer, hipertensión arterial, enfermedad cardiaca, renal o mental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exclusivo para hombres												
Enfermedades de la próstata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exclusivo para mujeres												
Virus del Papiloma Humano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad mamaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna solicitante está en embarazo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cuántos meses?:	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Número de embarazos previos:	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Abortos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cesareas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. FAVOR DAR DETALLES A LAS RESPUESTAS AFIRMATIVAS DE LAS PREGUNTAS

Nombre de la(s) persona(s) Número de la pregunta	Condiciones y complicaciones	Fecha en que comenzó (Mes/Año)	Duración	Lateralidad (Derecha/izquierda)



9. 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).

10. 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:

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 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



10. AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS

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 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.

4. 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.

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: LA ASEGURADORA informa que la presente autorización se ajusta a la Política para la administración de datos personales definida por sus órganos competentes.

V. 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 en el mismo.

El presente documento se firma a los del mes de del año

Nombre Cédula

Firma del agente

Firma del tomador de la cuenta

Firma del titular de la póliza

Clave del agente

Huella índice
derecho tomador

Huella índice
asegurado titular
de la póliza



Conecta con BMI

II. 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 antes 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 y también pueden ser solicitadas a servicioalclientecol@bmicos.com 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, adionen 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.

Tipo de documento	No. documento de identidad	Nombre titular de la cuenta
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Tipo de Cuenta

Ahorro
 Corriente
 Tarjeta de crédito

Número de cuenta de ahorros o corriente	Entidad financiera
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Fecha a debitar (ahorro y/o corriente)
Indicar fecha entre el 1 y el 28 del mes

Firma del tomador de la cuenta

Número de documento

Huella índice derecho

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: CC; CE ; PAS; NIT; PPT Permiso de Permanencia temporal;
PD Pasaporte diplomático; PJ Persona Jurídica; PN Persona Natural

