



Solicitud de Servicio al Cliente Seguros de Salud



No.de póliza

Nombre del asegurado

Nombre del tomador de la póliza (si no es el asegurado)

1. INFORMACIÓN DEL TOMADOR / Solo diligenciar si es diferente al Asegurado

Apellido(s) / nombre(s)

Domicilio (Calle / Número / Ciudad)

Número de teléfono

Dirección de correo electrónico

Empresa donde trabaja

Ocupación

Cargo

Actividad económica

Código CIU

Ingresos mensuales

Egresos mensuales

2. INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

Apellido(s) / nombre(s)

Domicilio (Calle / Número / Ciudad)

Número de teléfono

Dirección de correo electrónico

Empresa donde trabaja

Ocupación

Cargo

Actividad económica

Código CIU

Ingresos mensuales

Egresos mensuales

3. ACTUALIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

Residencia Negocio Dirección de envío

Dirección

Teléfonos: Residencial

Negocio

Celular

Dirección de correo electrónico

BMI Seguros Colombia

Cra. 11 No. 84A-09, Oficina 903,
Torre Amadeus, Costado Sur
Bogotá, Colombia
Tel. (601) 518 7700
servicioalclientecol@bmicos.com • www.bmicos.com

Defensor del consumidor financiero

Cra. 10 No. 97A-13, Oficina 502
Tel. (601) 610 8164
defensoriabmi@legalcrc.com www.defensorsos.com
Ana María Giraldo Rincón
José Federico Ustáriz González



Conecta con BMI



4. CAMBIO DE MÉTODO DE PAGO (Únicamente en el aniversario de la póliza)

Anual
 Semestral
 Trimestral
 Mensual

Especificar la forma de pago en las frecuencias mensuales ya sea débito a cuentas bancarias o tarjeta de crédito.

5. CAMBIO DE DEDUCIBLE (Menor a mayor; únicamente en el aniversario de la póliza)

Deducible actual US-\$

Nuevo deducible US-\$

Aplica solo para Pólizas de Salud Internacional

6. CAMBIO DE PLAN (Mismo o mayor deducible; únicamente en el aniversario de la póliza)

Pólizas Internacionales

Plan Ideal a: Meridian II Azure Plus

Plan Meridian II a: Azure Plus Ideal

Plan Azure Plus a: Ideal Meridian II

Pólizas de Cobertura Local

Esencial a: Esencial Care Esencial Plus

Esencial Care a: Esencial Plus Esencial

Esencial Plus a: Esencial Esencial Care

7. DUPLICADO DE

Póliza

8. CAMBIO DE TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN

Titular
 Cónyuge
 Dependiente

Número previo

Número actual

Nombre del asegurado

Tipo de identificación

9. CORREGIR EDAD (Enviar copia de identificación)

Titular
 Cónyuge
 Dependiente

Nombre

Fecha de nacimiento

BMI Seguros Colombia

Cra. 11 No. 84A-09, Oficina 903,
 Torre Amadeus, Costado Sur
 Bogotá, Colombia
 Tel. (601) 518 7700
 servicioalclientecol@bmicos.com • www.bmicos.com

Defensor del consumidor financiero

Cra. 10 No. 97A-13, Oficina 502
 Tel. (601) 610 8164
defensoriabmi@legalcrc.com www.defensorsos.com
 Ana María Giraldo Rincón
 José Federico Ustáriz González



Conecta con BMI



10. CAMBIO DE BENEFICIARIOS

Nombre completo	Parentesco	Fecha de nacimiento	No. de identificación

11. EXCLUSIÓN DE DEPENDIENTES

Dependiente a excluir A partir de

Razón

12. CAMBIO DE TOMADOR (Enviar copia de cédula para nuevo tomador)

Nombre del tomador Número de identificación

Tipo de persona Natural Jurídica

Por favor anexar:

Tomador persona natural:

- Copia de Identificación

Tomador persona Jurídico

- Formato conocimiento simplificado del cliente (SARLAFT)
- Cámara de comercio no mayor a 30 días.
- Documento de identidad de representante legal
- Composición accionaria
- RUT
- Declaración de renta o estados financieros del año fiscal inmediatamente anterior.

13. AÑADIR ANEXOS (Únicamente en el aniversario de la póliza - Aplica solo para planes de Salud Internacional)

Asistencia en viaje Otro



14. ELIMINACIÓN DE ANEXOS (Únicamente en el aniversario de la póliza - Aplica solo para planes de Salud Internacional)

Asistencia en viaje Otro

15. REVOCACIÓN DE PÓLIZAS

¿Desea usted hacer la revocación de su póliza? Sí No Por favor indique a continuación el motivo de la cancelación

16. ACLARAR LA SOLICITUD A REALIZAR

Estamos de acuerdo en que mi (nuestras) firma(s) que aparece(n) abajo se refiere(n) a cada solicitud señalada en ambos lados de este formulario.

Fecha

Firma del titular

Firma del nuevo titular

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

BMI Seguros Colombia

Cra. 11 No. 84A-09, Oficina 903,
Torre Amadeus, Costado Sur
Bogotá, Colombia
Tel. (601) 518 7700
servicioalclientecol@bmicos.com • www.bmicos.com

Defensor del consumidor financiero

Cra. 10 No. 97A-13, Oficina 502
Tel. (601) 610 8164
defensoriabmi@legalcrc.com www.defensorsos.com
Ana María Giraldo Rincón
José Federico Ustáriz González



Conecta con BMI





Solicitud de Servicio al Cliente Seguros de Salud



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, 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: 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 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. **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

BMI Seguros Colombia
Cra. 11 No. 84A-09, Oficina 903,
Torre Amadeus, Costado Sur
Bogotá, Colombia
Tel. (601) 518 7700
servicioalclientecol@bmicos.com • www.bmicos.com

Defensor del consumidor financiero
Cra. 10 No. 97A-13, Oficina 502
Tel. (601) 610 8164
defensoriabmi@legalcrc.com www.defensorsos.com
Ana María Giraldo Rincón
José Federico Ustáriz González



Conecta con BMI



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 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 del mes de del año

Firma tomador actual

Firma asegurado

Firma nuevo tomador

Nombre tomador actual

Nombre asegurado

Nombre nuevo tomador

C.C. - NIT

C.C.

C.C.

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

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

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



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 y también pueden ser solicitadas a servicioalclientecol@bmicol.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, adicionen 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

Tipo de documento:					No. documento
<input type="checkbox"/> C.C.	<input type="checkbox"/> C.E.	<input type="checkbox"/> NIT	<input type="checkbox"/> Pasaporte	<input type="checkbox"/> Carné Cancillería	<input type="text"/>
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre(s)			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Ciudad	Dirección residencia	Teléfono(s) fijo			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Número celular	Correo electrónico	Entidad financiera			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Tipo de Cuenta o Tarjeta de Crédito:					
<input type="checkbox"/> Ahorro	<input type="checkbox"/> Corriente	<input type="checkbox"/> Visa	<input type="checkbox"/> MasterCard	<input type="checkbox"/> Diners	<input type="checkbox"/> Amex
Forma de pago:					
<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Trimestral	<input type="checkbox"/> Semestral	<input type="checkbox"/> Anual		
Fecha a Debitar: (ahorro y/o corriente) Indicar fecha entre el 1 y el 28					Valor Prima:
<input type="text"/>					<input type="text"/>



FIRMA Y HUELLA

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

