BMI Colombia Compañía de Seguros de Vida S.A.
PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO - SOLICITUD INDIVIDUAL DE SEGURO

Favor diligenciar con letra legible

TOMADOR	NIT No.:

INFORMACIÓN PERSONAL DEL ASEGURADO PROPUESTO

Apellido / Nombre

Tipo de Identificación ☐ T.I. ☐ C.C. ☐ C.D. ☐ C.E. ☐ PA — Número

Género ☐ Masculino ☐ Femenino — Fecha Nacimiento DD | MM | AAAA — Edad

Lugar de Nacimiento — Nacionalidad

Dirección — Ciudad

Teléfono fijo — Teléfono Celular

Dirección Correspondencia ☐ Domicilio ☐ Otro — Peso (Kg.)

Estatura (en Cms.) — Estado Civil ☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Separado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Unión Libre ☐ Viudo(a)

Dirección de Correo Electrónico

Valor Asegurado

BENEFICIARIOS PARA EL SEGURO DE VIDA

Apellidos	Nombres	No. Identificación	Parentesco	Fecha de Nacimiento	%
				DD MM AAAA	
				DD MM AAAA	
				DD MM AAAA	
				DD MM AAAA	

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD (Marque con una "X" según corresponda)

1. Neurológicas, Mentales, Psiquiátricas.	☐ **Si**	☐ **No**
2. Pulmonares.	☐ **Si**	☐ **No**
3. Cardiovasculares.	☐ **Si**	☐ **No**
4. Hipertensión Arterial.	☐ **Si**	☐ **No**
5. Gastrointestinales.	☐ **Si**	☐ **No**
6. Renales.	☐ **Si**	☐ **No**
7. Diabetes.	☐ **Si**	☐ **No**
8. Hipertiroidismo.	☐ **Si**	☐ **No**
9. Cerebrovasculares.	☐ **Si**	☐ **No**
10. SIDA.	☐ **Si**	☐ **No**
11. Cáncer	☐ **Si**	☐ **No**
12. Drogadicción.	☐ **Si**	☐ **No**
13. Tabaquismo.	☐ **Si**	☐ **No**
14. Cigarrillos diarios	☐ 5 o menos ☐ 6 a 20 ☐ 21 o más	
15. Alcoholismo	☐ **Si**	☐ **No**
16. Tragos semanales:	☐ 5 o menos ☐ 6 a 20 ☐ 21 o más	
17. Tiene o ha tenido cualquier enfermedad, lesión o incapacidad no mencionada en el cuestionario anterior?	☐ **Si**	☐ **No**
¿Cuál?		

En caso de haber contestado afirmativamente alguna de las preguntas anteriores, aportar a continuación información detallada y su respectiva fecha de ocurrencia

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Por favor continúe diligenciando el formulario al respaldo

BMI Colombia Compañía de Seguros de Vida S.A.
PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO - SOLICITUD INDIVIDUAL DE SEGURO

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 acarrean 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(a) 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 documento, 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.

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 denegociación 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 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 que las respuestas dadas en la presente solicitud son veraces y ajustadas a la realidad. Así mismo dejo constancia de **MI AUTORIZACIÓN EXPRESA A CONSULTAR MI HISTORIA CLÍNICA** y al uso y **TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES** en los términos arriba informados.

_____

Firma del Asegurado Propuesto

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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**
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@legalcrc.com
BMISegurosColombia