

**Favor diligenciar con letra legible**

<b>TOMADOR</b>	<b>NIT No.:</b>
----------------	-----------------

**INFORMACIÓN PERSONAL DEL ASEGURADO PROPUESTO**

<b>Apellido / Nombre</b>	
<b>Tipo de Identificación</b>	<input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.D. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA <b>Número</b>
<b>Género</b>	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <b>Fecha Nacimiento</b> DD   MM   AAAA <b>Edad</b>
<b>Lugar de Nacimiento</b>	<b>Nacionalidad</b>
<b>Dirección</b>	
<b>Teléfono fijo</b>	<b>Teléfono Celular</b>
<b>Dirección Correspondencia</b>	<input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Otro <b>Peso (Kg.)</b>
<b>Estatura (en Cms.)</b>	<b>Estado Civil</b> <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Viudo(a)
<b>Dirección de Correo Electrónico</b>	
<b>Valor Asegurado</b>	

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

¿Cuál?

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

--

**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(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:**

- 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 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.
  - 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 Y TRANSMISIÓN INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAÍSES:** Que en ciertas situaciones es necesario realizar transferencias y/o transmisiones 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.

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

Huella  
Índice Derecho

El presente documento se firma a los

días del mes de

del año