



BMI Colombia Compañía de Seguros de Vida S.A.

Seguro de vida temporal deudor en pesos



PARTE A

Para diligenciar las casillas de: Tipo de identificación; Estado civil; Responsabilidad fiscal y Actividad económica por favor guíese por la información suministrada en el pie de página.

INFORMACIÓN DEL TOMADOR DE LA PÓLIZA (Diligenciar solo si el Tomador es diferente al Asegurado Propuesto)

Apellido / Nombre	Sexo	Fecha de nacimiento	Edad
	☐ Masc. ☐ Fem.	DD MM AAAA	
Domicilio (Calle / Número / Ciudad)		Números de Teléfono	
Tipo de Documento de identidad	No. Documento de identidad	Estado civil	
Relación con el Asegurado Propuesto		Dirección de correo electrónico	
Responsable de IVA	Responsabilidad fiscal		
☐ Si ☐ No			

INFORMACIÓN PERSONAL DEL ASEGURADO PROPUESTO (Persona natural)

Apellido / Nombre	Sexo	Fecha de nacimiento	Edad
	☐ Masc. ☐ Fem.	DD MM AAAA	
Lugar de nacimiento	Estatura	Peso	Nacionalidad
	Mts. Cms.	Kgs.	
Domicilio (Calle / Número / Ciudad)		Números de Teléfono	
Dirección de correo electrónico			
Responsable de IVA	Tipo de Documento de identidad	No. Documento de identidad	
☐ Si ☐ No			
Responsabilidad fiscal		Estado civil	

EMPLEADOR

Nombre de la Compañía	Cargo

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



BMI Colombia Compañía de Seguros de Vida S.A.

Seguro de vida temporal deudor en pesos



INFORMACIÓN PERSONAL DEL TOMADOR / ASEGURADO PROPUESTO (Responsable del pago de la prima).

Si el Tomador es diferente al Asegurado Propuesto, debe completarse el Formulario Único de Conocimiento.

Actividad Económica	Ingresos y Egresos	Concepto Otros Ingresos:	Activos y Pasivos
	Ingreso Mensual: \$		Activos: \$
Código CIU	Egreso Mensual: \$		Pasivos: \$
	Otros Ingresos: \$		Patrimonio: \$

¿Por su cargo o actividad, ejerce algún grado de poder público?

☐ Si ☐ No

¿Es usted servidor público?

☐ Si ☐ No

¿Tiene usted la condición de Persona Expuesta Políticamente? (D. 2021 y D. 1674 de 2016) Indique

☐ Si ☐ No

¿Tiene algún vínculo con una Persona considerada Públicamente Expuesta? Indique

☐ Si ☐ No

¿Está usted sujeto a Obligaciones Tributarias en otro país o países? ¿Cuál(es)?

☐ Si ☐ 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:

PLAN DE SEGURO (SELECCIONE EL PRODUCTO O PRODUCTOS)

5.a. PLAN TEMPORAL EN PESOS

☐ Si ☐ No (seleccione)

Seleccione Término del Contrato (solo para Planes a Término)

☐ 1 Año

Suma Asegurada \$

Anexo obligatorio: Incapacidad Total y Permanente, suma asegurada igual a la cobertura del básico de vida

Forma de pago

☐ Anual

Prima \$

INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES DE SEGUROS

¿Alguna vez ha solicitado o ha recibido indemnizaciones sobre seguros durante los últimos dos años?

☐ Si ☐ No

Fecha

Valor en pesos

DD MM AAAA

\$



BMI Colombia Compañía de Seguros de Vida S.A.

Seguro de vida temporal deudor en pesos



BENEFICIARIOS ONEROSOS (verifique que la sumatoria de los porcentajes de participación sea el 100%)

Razón Social	NIT	% Participación
Primer Beneficiario		
Segundo Beneficiario		
Tercer Beneficiario		

BENEFICIARIOS NO ONEROSOS (verifique que la sumatoria de los porcentajes de participación sea el 100%)

Nombre y Apellido	Fecha de Nacimiento	Tipo y Número de Identificación	Parentesco	*Ocupación	%

Nota: PARENTESCO: Cónyuge, Hijo, Hermano, Padres, Otros. Si el parentesco es Otros especificar (En caso de cesión en favor de acreedor se entenderá que este es beneficiario en los términos del documento "cesión de garantía" el cual hará parte integral de la póliza)

Nota 2: *OCUPACIÓN: Si los beneficiarios son menores de edad o beneficiario oneroso N/A

DETALLES DEL ASEGURADO PROPUESTO

Favor indicar si Usted:

Durante los últimos doce meses, ¿ha fumado usted cigarrillos o ha usado otros productos derivados del tabaco? ☐ Si ☐ No
o ¿ha usado usted cocaína, marihuana, meta-anfetaminas, barbitúricos u otras sustancias controladas?

En caso afirmativo, , favor indicar cual producto y que cantidad.

☐ Cigarrillos		☐ Pipa	
☐ Tabaco		☐ Mastica Tabaco	
☐ Parche o chicle de Nicotina		☐ Otro	

¿Consumo bebidas alcohólicas? ☐ Si ☐ No

En caso afirmativo favor indicar el tipo de bebida alcohólica, cantidad que toma y frecuencia:

DISPOSICIONES Y ACLARACIONES



BMI Colombia Compañía de Seguros de Vida S.A.

Seguro de vida temporal deudor en pesos



HISTORIAL CLÍNICO

¿Ha sido usted diagnosticado o tratado por alguna de las siguientes condiciones?

Sí No

¿Enfermedad de los ojos, oídos, nariz, o garganta?

¿Mareos, desmayos, convulsiones, dolor de cabeza, afección del habla, parálisis, apoplejía, trastorno mental o nervioso?

¿Ahogos, ronquera, tos persistente, esputos de sangre, bronquitis, pleuresía, asma, enfisema, tuberculosis o trastornos respiratorios crónicos?

¿Dolor en el pecho, palpitaciones, hipertensión arterial, fiebre reumática, soplo cardíaco, ataque cardíaco u otra enfermedad del corazón o los vasos sanguíneos?

¿Ictericia, hemorragia intestinal, úlcera, hernia, apendicitis, colitis, diverticulitis, hemorroides, indigestión recurrente u otro desorden del estómago, intestinos, hígado o vesícula biliar?

¿Azúcar, albúmina, sangre o pus en la orina, enfermedades venéreas, cálculos u otros trastornos renales, de la vejiga, próstata u órganos reproductivos?

¿Diabetes, tiroides u otro trastorno endocrino?

¿Neuritis, ciática, reumatismo, artritis, gota o desorden de los músculos o huesos, incluso de la columna vertebral, la espalda y las articulaciones?

¿Deformidad, cojera, o amputación?

¿Enfermedad de la piel, ganglios linfáticos, quiste, tumor o cáncer? (Diagnóstico con cáncer en los últimos 4 años)

¿Alergias, anemia u otro desorden sanguíneo?

¿Está usted actualmente tomando medicamento, bajo observación o tratamiento prescrito por un médico?

Además de lo arriba mencionado, durante los últimos cinco años, usted:

¿Ha sufrido alguna enfermedad mental o física?

¿Ha tenido un examen médico, consulta, enfermedad, lesión u operación?

¿Ha sido paciente en un hospital, clínica, sanatorio u otra institución médica?

¿Se ha hecho un electrocardiograma, radiografía u otra prueba diagnóstica?

¿Ha tenido resultados positivos por haber sido expuesto a la infección del VIH o ha sido diagnosticado con el Complejo relacionado con el SIDA o el SIDA por causa de infección del VIH u otra enfermedad o condición derivada de dicha infección?

¿Han padecido alguna vez sus padres, hermanos o hermanas de diabetes, cáncer, hipertensión arterial, enfermedad cardíaca, renal y/o mental?

Para mujeres solamente.

¿Ha tenido usted algún trastorno en la menstruación, en el embarazo, en los órganos reproductivos o en los senos?

¿Está usted embarazada? ¿Cuántos meses tiene de embarazo?

Aclaraciones a Sección de Detalles del Historial Clínico



BMI Colombia Compañía de Seguros de Vida S.A.

Seguro de vida temporal deudor en pesos



PARTE B (Para ser diligenciado por el intermediario)

¿La entrevista fue de forma presencial o virtual? ☐ Virtual ☐ Presencial

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Reconozco que la reticencia o inexactitud la información suministrada en este documento acarreará las consecuencias definidas en el artículo 1058 del Código de Comercio. Autorizo 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.

Conforme el artículo 34 de la Ley 23 de 1981, autorizo a cualquier médico, clínica, hospital, EPS, empresa de medicina prepagada o cualquier participante del sistema de salud para que aporte a BMI Colombia copia de mi historia clínica, formularios de solicitud de servicio, declaración de estado de salud y/o cualquier otro tipo de documentos o datos sobre mi estado de salud.

Declaro que la firma del presente documento no posee información financiera de mis beneficiarios; la cual, en todo caso, será proporcionada por estos al momento de la reclamación.

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).

Declaro que los datos consignados a lo largo del presente formulario son 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 SEGUROS COLOMBIA para realizar gestiones comerciales y de cobranza. En consecuencia, AUTORIZO a BMI SEGUROS COLOMBIA 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.

AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS PERSONALES

En mi calidad de consumidor financiero obrando a nombre propio o de un tercero debidamente facultado para ello, autorizo de manera previa, expresa e informada a BMI SEGUROS COLOMBIA (o por los encargados del tratamiento que esta considere necesarios) para que mis datos personales y sensibles sean tratados con las siguientes finalidades:

- El trámite de mi solicitud de vinculación como consumidor financiero;
- la ejecución, cumplimiento y gestión integral del seguro contratado y hacer transferencia nacional o internacional cuando sea necesario para la prestación del servicio;
- el control y la prevención del fraude;
- la elaboración de estadísticas, encuestas, análisis de mercado y estudios de técnica aseguradora;
- envío de información relativa a educación financiera, encuestas de satisfacción y ofertas comerciales de seguros y de otros servicios inherentes a la actividad aseguradora;
- Intercambio de información financiera y tributaria a autoridades de terceros países en virtud de tratados internacionales suscritos por Colombia;
- La prevención y control del lavado de activos y la financiación del terrorismo.

Autorizo que mis datos se compartan, transmitan, transfieran o divulguen para las finalidades mencionadas, a:

- las sociedades matrices, filiales, subsidiarias o vinculadas de BMI SEGUROS COLOMBIA;
- a los operadores necesarios para la ejecución de los contratos celebrados, tales como: call centers, intermediarios, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, médicos externos, entre otros.

Que se me informa que es facultativa la autorización de las respuestas a las preguntas sobre el tratamiento de datos sensibles o de menores de edad.

Que BMI SEGUROS COLOMBIA es la Responsable del tratamiento de mis datos personales y cuenta con Políticas de Tratamiento de Datos publicadas en la página <https://www.bmicos.com/colombia> en la cual se explican mis derechos y procedimientos a conocer, actualizar, revocar y solicitar la supresión de mis datos personales cuando proceda.

Con la firma y huella 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 del Intermediario*

Firma del asegurado propuesto

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

Documentos Requeridos: Se requiere adjuntar la siguiente documentación:

En todos los casos es necesario adjuntar fotocopia legible del documento de identificación. Asegurado Propuesto.

La compañía podrá requerir información adicional que considere relevante y necesaria para controlar el riesgo LA/FT.

Declaración de Renta (si aplica). Tomador.

BMI Seguros Colombia
Cra. 11 No. 84A-09, Oficina 903
Torre Amadeus, Costado sur
Bogotá, Colombia
PBX (601) 5187700
premiersupportco@bmicos.com
(correo oficial servicio al cliente)
www.bmicos.com/colombia

Defensor del Consumidor Financiero
Carrera 10 No. 97A-13, Oficina 502
Tel: (601) 610 8164
defensoriabmi@legalcra.com
www.ustarizabogados.com
José Federico Ustariz González
Diana Milady Castaño López



Conecta con BMI

