



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 plé de página.

1. 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			
☐ Sí ☐ No				

2. INFORMACIÓN DEL TOMADOR CONTINGENTE DE LA PÓLIZA

Apellido / Nombre	
Tipo de Documento de identidad	No. Documento de identidad
Domicilio (Calle / Número / Ciudad)	Números de Teléfono
Relación con el Asegurado Propuesto	Dirección de correo electrónico

3. 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		
☐ Sí ☐ No				
Responsabilidad fiscal	Estado civil			

4. EMPLEADOR

Nombre de la compañía	Ocupación	Cargo
Detalle sus actividades y tareas	Actividad económica de la empresa	
Domicilio (Calle / Número / Ciudad)		
Números de teléfono	Años de empleo con la compañía	

5. 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		Activos y Pasivos	
	Ingreso Mensual:	\$	Concepto Otros Ingresos:	Activos: \$
Código CIIU	Egreso Mensual:	\$		Pasivos: \$
	Otros Ingresos:	\$		Patrimonio: \$

¿Por su cargo o actividad maneja recursos públicos?	☐ Si	☐ No
¿Por su cargo o actividad, ejerce algún grado de poder público?	☐ Si	☐ No
¿Por su actividad u oficio goza usted de reconocimiento público general? Indique	☐ 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
¿Es usted Representante Legal de una Organización Internacional? Indique	☐ Si	☐ No
¿Está usted sujeto a Obligaciones Tributarias en otro país o países? ¿Cuáles?)	☐ 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:

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 (0); 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.



Actividades en Operaciones Internacionales

Realiza Operaciones en Moneda Extranjera ☐ Si ☐ No

¿Cuál? ☐ Importaciones ☐ Exportaciones ☐ Inversiones ☐ Préstamos ☐ Pago Servicios ☐ Transferencias

Tipo de Producto	Identificación Producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda

6. PLAN DE SEGURO (seleccione el producto o productos, entre universal y seguro a término)

☐ Fumador ☐ No Fumador Iniciales

6.a. PLAN UNIVERSAL

☐ Si ☐ No (Seleccione)

Nombre del Plan

Suma Asegurada

US \$

Para Pólizas de Vida Universal – Opción A
será automáticamente seleccionada si usted no hace su selección.

Aplica solamente para el plan
Indexado. Favor seleccionar índice:

Forma de pago

☐ Anual ☐ Semestral ☐ Trimestral ☐ Mensual ☐ Otro

Opción A-Suma Asegurada

S&P 500

Prima Programada

Opción B – Suma Asegurada más Valor Acumulado

Nasdaq 100

6.b. PLANA TÉRMINO

☐ Si ☐ No (Seleccione)

Seleccione Término del Contrato (solo para Planes a Término)

Suma Asegurada

☐ 1 Año ☐ 5 Años ☐ 10 Años ☐ 15 Años ☐ 29 Años ☐ 30 Años

US \$

Forma de pago

Prima Asegurada

☐ Anual ☐ Trimestral ☐ Semesral ☐ Mensual ☐ Otro

\$

7. ANEXOS OPCIONALES (Para Pólizas de Vida Universal Solamente)

☐ Muerte Accidental

☐ Exoneración de Cargos Mensuales por Incapacidad Total

☐ Renta Familiar: Cantidad US \$ ☐ 10 Años o ☐ 20 Años

☐ Seguro Adicional sobre Asegurado Principal: Cantidad US \$

☐ Incapacidad Total y Permanente
(Solo Best Indexed) – Cantidad US \$

☐ Ninguno

☐ Otro – Favor indicar Plan y Cantidad

7.a ANEXOS OPCIONALES (Para Pólizas de Término Solamente)

☐ Muerte, Desmembración e Inhabilitación Accidental Cantidad US \$

☐ Devolución de Primas T20 – T30

☐ Incapacidad Total y Permanente – Cantidad US \$

☐ Renta diaria por Hospitalización

☐ Enfermedades Graves – Cantidad US \$

☐ Ninguno

☐ Otro – Favor indicar Plan y Cantidad



BMI Colombia Compañía de Seguros de Vida S.A.

Solicitud seguro de vida



8. SEGURO(S) DE VIDA VIGENTES SOBRE LA VIDA DEL ASEGURADO PROPUESTO

☐ Si (Favor detallar a continuación) ☐ Ninguno

Compañía	Fecha de Emisión	Suma Asegurada		Beneficio por Muerte Accidental	
		Dólares US	Pesos Colombianos	Dólares US	Pesos Colombianos
A		\$	\$	\$	\$
B		\$	\$	\$	\$
C		\$	\$	\$	\$

¿Reemplazará la póliza solicitada algún seguro en esta u otra compañía?

☐ Si ☐ No

¿Qué compañía?

☐ A ☐ B ☐ C

¿Tiene alguna solicitud pendiente en otra compañía?

☐ Si ☐ No

En caso afirmativo favor detallar a continuación.

Fecha

	DD	MM	AAAA
--	----	----	------

Compañía	Cantidad	Acción tomada por la compañía

9. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES DE SEGUROS

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

☐ Si ☐ No (En caso afirmativo, favor suministrar fecha, compañía, Valor en pesos, Acción tomada por la compañía).

10. BENEFICIARIOS (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	%
Primario (s)					
Contingente (s)					

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: *OCUPACION: Si los beneficiarios son menores de edad o beneficiario oneroso N/A



11. DISPOSICIONES ESPECIALES

12. DETALLES DEL ASEGURADO PROPUESTO

A Favor indicar si usted:

¿Ha participado o piensa participar durante los próximos dos años en actividades de aviación en calidad de piloto o miembro de la tripulación, planeo, carreras, buceo, paracaidismo con o sin caída libre o cualquier otro deporte peligroso? En caso afirmativo especifique cual y complete el **cuestionario correspondiente** ☐ Si ☐ No

¿Ha viajado o piensa viajar fuera de su país durante los próximos dos años? En caso **afirmativo**, favor detallar en **Aclaraciones** ☐ Si ☐ No

¿Ha sido investigado, arrestado o declarado culpable de un crimen? En caso **afirmativo**, favor detallar en **Aclaraciones** ☐ Si ☐ No

¿Ha sido secuestrado, extorsionado o recibido alguna amenaza en contra de su vida o de alguien en su familia? En caso **afirmativo**, favor detallar en **Aclaraciones** ☐ Si ☐ No

¿Alguna vez ha solicitado o recibido beneficios por incapacidad? En caso afirmativo, favor detallar en Aclaraciones ☐ Si ☐ No

¿Alguna vez le han rechazado, diferido, ofrecido con sobreprima o modificado en cualquier forma una solicitud o rehabilitación de seguro de vida o por incapacidad? En caso afirmativo favor detallar en Aclaraciones ☐ Si ☐ No

¿Ha servido o piensa servir en las Fuerzas Armadas o en la Reserva Militar durante los próximos dos años? En caso afirmativo, favor detallar en Aclaraciones ☐ Si ☐ No

B Durante los últimos doce meses, ¿ha fumado usted cigarrillos o ha usado otros productos derivados del tabaco? ☐ Si ☐ No

En caso afirmativo, favor indicar cual producto y que cantidad

☐ Cigarillos		☐ Pipa	
☐ Tabaco		☐ Mastica Tabaco	
☐ Parche o Chicle de Nicotina		☐ Otro	

C Durante los últimos diez años, ¿ha usado usted cocaína, marihuana, meta-anfetaminas, barbitúricos u otras sustancias controladas? En caso afirmativo, favor completar el cuestionario de "Uso de Drogas" ☐ Si ☐ No

D ¿Consuma bebidas alcohólicas? ☐ Si ☐ No
En caso afirmativo favor indicar el tipo de bebida alcohólica, cantidad que toma y frecuencia

13. DECLARACIONES A SECCIÓN DE DETALLES DEL ASEGURADO PROPUESTO

PARTE B (Para ser diligenciado por el asegurado propuesto)

Nombre del médico y/o médico personal que lo atendió últimamente

Dirección	Fecha	Motivo
	DD MM AAAA	

Tratamiento Recibido

¿Ha tenido algún cambio de peso durante los últimos doce meses? ☐ Si ☐ No En caso afirmativo: ☐ Aumento ☐ Pérdida

Favor proveer detalles a continuación

3. HISTORIAL CLÍNICO

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

¿Enfermedad de los ojos, Oídos, nariz, o garganta? ☐ Si ☐ No

¿Mareos, desmayos, convulsiones, dolor de cabeza, afección del habla, parálisis, apoplejía, trastorno mental o nervioso? ☐ Si ☐ No

¿Ahogos, ronquera, tos persistente, esputos de sangre, bronquitis, pleuresía, asma, enfisema, tuberculosis o trastornos respiratorios crónicos? ☐ Si ☐ No

¿Dolor en el pecho, palpitaciones, hipertensión arterial, fiebre reumática, soplo cardíaco, ataque cardíaco u otra enfermedad del corazón o los vasos sanguíneos? ☐ Si ☐ No

¿Ictericia, hemorragia intestinal, úlcera, hemia, apendicitis, colitis, diverticulitis, hemorroides, indigestión recurrente u otro desorden del estómago, intestinos, hígado o vesícula biliar? ☐ Si ☐ No

¿Azúcar, albúmina, sangre o pus en la orina, enfermedades venéreas, cálculos u otros trastornos renales, de la vejiga, próstata u órganos reproductivos? ☐ Si ☐ No

¿Diabetes, tiroides u otro trastorno endocrino? ☐ Si ☐ No

¿Neuritis, cédica, reumatismo, artritis, gota o desorden de los músculos o huesos, incluso de la columna vertebral, la espalda y las articulaciones? ☐ Si ☐ No

¿Deformidad, cojera, o amputación? ☐ Si ☐ No

¿Enfermedad de la piel, ganglios linfáticos, quiste, tumor o cáncer.
 Para cáncer diagnóstico con cáncer en los últimos 4 años (si es mayor de edad) y 2 años (si es menor de edad) ☐ Si ☐ No

¿Alergias, anemia u otro desorden sanguíneo? ☐ Si ☐ No

¿Está usted actualmente tomando medicamento, bajo observación o tratamiento prescrito por un médico? ☐ Si ☐ No

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

¿Ha sufrido alguna enfermedad mental o física? ☐ Si ☐ No

¿Ha tenido un examen médico, consulta, enfermedad, lesión u operación? ☐ Si ☐ No

¿Ha sido paciente en un hospital, clínica, sanatorio u otra institución médica? ☐ Si ☐ No

¿Se ha hecho un electrocardiograma, radiografía u otra prueba diagnóstica? ☐ Si ☐ No

¿Se le aconsejó alguna prueba diagnóstica, hospitalización o cirugía que no se ha llevado a cabo? ☐ Si ☐ No

¿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? ☐ Si ☐ No

¿Han padecido alguna vez sus padres, hermanos o hermanas de diabetes, cáncer, hipertensión arterial, enfermedad cardíaca, renal y/o mental? ☐ Si ☐ No

6. Para mujeres solamente.

¿Ha tenido usted algún trastorno en la menstruación, en el embarazo, en los órganos reproductivos o en los senos? ☐ Si ☐ No

¿Está usted embarazada? ¿Cuántos meses tiene de embarazo? ☐ Si ☐ No

Aclaraciones a Sección de Detalles del Historial Clínico



PARTE C (Para ser diligenciado por el intermediario)

¿Cuánto tiempo hace que conoce al asegurado propuesto?

¿Cuánto tiempo hace que conoce al tomador de la póliza?

¿Qué tanto conoce al asegurado propuesto? ☐ Muy bien ☐ No muy bien ☐ Recién conocido

¿Quién inicio los tirámites para este seguro? ☐ El intermediario ☐ Asegurado Propuesto ☐ Tomador de Póliza

¿Cuál es el propósito de este seguro?

¿Sabe algo sobre la salud, pasatiempos o estilo de vida que pueda afectar la asegurabilidad del asegurado propuesto?

☐ Si ☐ No En caso afirmativo, favor explicar a continuación

¿Reemplazará el seguro solicitado cualquier otro seguro?

☐ Si ☐ No

Ingreso anual del asegurado propuesto en US \$

Fuente de ingreso

Cantidad de seguro en vigor sobre la vida del conyuge y/o socio US \$

Si el cónyuge no está asegurado, explique por qué

¿Si aplica, dio el recibo condicional al titular de póliza?

☐ Si ☐ No

¿La entrevista fue de forma presencial o virtual?

☐ Virtual ☐ Presencial

¿Se hicieron cada una de las preguntas en esta solicitud y anotó las respuestas correctamente?

☐ Si ☐ No

Utilice este espacio para describir la información que se deba tener en cuenta para el análisis de la solicitud

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 1558 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(i) o con la que haya suscrito algún contrato para que a partir de la firma de la presente solicitud y aun 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

- Sera 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 encuentre en el numeral 6 del presente documento las conocí previamente y están soportadas en la cotización-lustración 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).

AUTORIZACIONES DE USO DE DATOS

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por la 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 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 adelanten gestiones para efectos de celebrar contratos de coaseguro o reaseguro; v) FASECOLDA e INVERFAS S.A., personas jurídicas que administren 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, por 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 estas 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, mensajería 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 a lo largo del mismo.

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

Firma del Intermediario*

Firma del Tomador de la Póliza*

Firma del Asegurado Propuesto*

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



BMI Colombia Compañía de Seguros de Vida S.A.

Solicitud seguro de vida



Este documento solo constituye una solicitud de seguro, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la empresa de seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

REQUISITOS SOMETIDOS CON ESTA SOLICITUD

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Perfil de Sangre Completo | ☐ EKG | ☐ Examen de Orina |
| ☐ Mini Perfil de Sangre | ☐ Prueba de Esfuerzo | ☐ Suplemento Póliza Grandes |
| ☐ Examen Médico | ☐ Radiografía de Tórax | ☐ Fotocopia de Cédula Pasaporte |
| ☐ Otro(s) | | |

Documentos Requeridos: Se requiere adjuntar la siguiente documentación:

1. En todos los casos es necesario adjuntar fotocopia legible del documento de identificación. Tomador y Asegurado Propuesto (Si éste es diferente al Tomador).
2. En caso de ser apoderado, adjuntar poder. La compañía podrá requerir información adicional que considere relevante y necesaria para controlar el riesgo LA/FT. Declaración de Renta (si aplica). Tomador.

RECIBO DE COBERTURA CONDICIONAL

BMI COLOMBIA COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A (en adelante BMI COLOMBIA) acredita recibir la suma de dinero que a continuación se menciona, para que en el caso de que se expida el seguro solicitado, una vez surtido el proceso de análisis de suscripción, esta suma sea aplicada al pago de la prima del seguro solicitado. Ningún intermediario puede cambiar, modificar o prescindir ninguna de estas condiciones.

Recibí de:

La cantidad de: US\$1

(tomador)

Asegurado propuesto:

C.C.

*Cifras expresadas en dólares estadounidenses que serán pagadas en pesos colombianos utilizando la tasa vigente del día del pago

El presente documento se firma a los

días de mes de

del año

Firma del Tomador de la Póliza*

Firma del Asegurado Propuesto*

Firma del Intermediario*

ESTE RECIBO SOLO PODRÁ SER FIRMADO CON LA CONSTANCIA DEL SOPORTE DEL DEPÓSITO TOTAL DE LA SUMA ARRIBA SEÑALADA

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@legalcrc.com
www.ustarizabogados.com
José Federico Ustariz González
Diana Milady Castaño López



Conecta con BMI

