

**1. INFORMACIÓN PERSONAL DEL ASEGURADO PROPUESTO (Persona natural)**

Apellido(s) / Nombre(s)				Sexo		Masculino		Femenino			
Fecha de Nacimiento		DD	MM	AAAA	Edad		Lugar de Nacimiento				
Domicilio (Calle / Número / Ciudad)						Número de Teléfono					
Dirección de Correo Electrónico					Tipo / No. Documento de Identidad						
Fecha de expedición documento de identidad		DD	MM	AAAA	Número de Celular						
Ocupación				Actividad económica				Ingresos			
Gastos			Activo			Pasivo			Patrimonio		

**2. INFORMACIÓN DE LA PERSONA JURÍDICA**

Razón Social			Documento Identidad		NIT	Número de Documento			
Ciudad		Dirección				Teléfono			
Correo Electrónico					Celular				
Actividad Económica							Código CIU		

**3. CONOCIMIENTO MEJORADO DE PERSONAS EXPUESTAS PÚBLICAMENTE**

¿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. 1674/16) Indique	Si	No
¿Tiene algún vínculo con una Persona considerada Públicamente Expuesta? Indique	Si	No

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:

**En cumplimiento del decreto 1674 de 2016, se relacionan los siguientes campos en caso de ser considerado persona políticamente expuesta o vinculado.**

Vínculo / Relación	Nombre	Tipo de identificación	No. de identificación	Nacionalidad	Entidad	Cargo	Fecha desvinculación

\* **Vínculo / Relación:** 1. Segundo grado de consanguinidad (padres, abuelos, hermanos, hijos, nietos) / 2. Segundo de afinidad (yernos, nueras, suegros, cuñados, abuelos del cónyuge o compañero/a permanente del PEP y 3. Primero civil (hijos adoptivos o padres adoptantes).

**4. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE LOS BIENES Y/O FONDOS**

**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 SEGUROS COLOMBIA en desarrollo de las operaciones comerciales tienen como ORIGEN la siguiente fuente:  
y provienen del siguiente país:

**5. DOCUMENTOS REQUERIDOS**

**Se requiere adjuntar la siguiente documentación:** 1. Fotocopia de cédula legible, Cámara de Comercio persona jurídica y composición accionaria

## CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS

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.

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. 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 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.

## FIRMA

**Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento.**

\* Si su firma es manuscrita por favor coloque la huella de su índice derecho aquí.

Firma\*

## INFORMACIÓN ENTREVISTA

Lugar de la entrevista				
Fecha de la Entrevista	Día	Mes	Año	Hora de la Entrevista
Observaciones				
Nombre del Intermediario / Asesor responsable / Entrevistador				
Clave				
Resultado	Aprobado			
	Rechazado			
Firma Intermediario / Asesor responsable / Entrevistador				

## CONFIRMACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Ciudad				
Fecha de la Entrevista	Día	Mes	Año	Hora de la Entrevista
Nombre y cargo de quien verifica				
Observaciones				
Firma				