

Favor diligenciar con letra legible

TIPO DE SOLICITUD

Negocio Nuevo	Inclusión	Modificación	Cancelación	Rehabilitación	Exclusión		
No. contrato Colsanitas		Fecha	DD	MM	AAAA	Ciudad	Sucursal

1. INFORMACIÓN TOMADOR

Nombre o Razón social	No. Documento
Dirección	Teléfono(s) Fijo

2. INFORMACIÓN ASEGURADO

Tipo de Documento	C.C.	C.E.	Pasaporte	No. Documento				
Fecha de Expedición	DD	MM	AAAA	Lugar de Expedición	Nacionalidad			
Primer Apellido	Segundo Apellido			Nombre(s)				
Género	F	M	Fecha Nacimiento	DD	MM	AAAA	Lugar de Nacimiento	Edad
Dirección Residencia				Teléfono(s) Fijo	Ciudad			
Número Celular	Correo Electrónico							
Dirección Laboral				Teléfono(s) Fijo	Extensión			
EPS								

3. DEPENDIENTES

Dependiente	No. Documento	Género	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento
1							DD MM AAAA
2							DD MM AAAA
3							DD MM AAAA
4							DD MM AAAA
5							DD MM AAAA
6							DD MM AAAA
Dependiente	Estatura (Cm.)	Peso (Kg.)	Parentesco con Asegurado Principal		Estado Civil	EPS	Ocupación
1							
2							
3							
4							
5							
6							

4. COBERTURAS Y VALORES ASEGURADOS

Complemento Ideal Colsanitas ***	Valor Asegurado a Contratar	Forma de pago:	
Opción deducible seleccionado	US\$5,000	US\$10,000	US\$20,000

5. El recibido de la presente solicitud NO implica la aceptación del riesgo por parte de BMI Colombia.

6. DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

¿Ha cambiado su peso en el último año?	Si	No	Indique											
Certifico que las respuestas a continuación son precisas y exactas	Asegurado		Dependiente 1		Dependiente 2		Dependiente 3		Dependiente 4		Dependiente 5		Dependiente 6	
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
¿Padecen ustedes, han padecido, están bajo tratamiento o han sido informados de algunas de las siguientes enfermedades o desórdenes?														
a. ¿Dolores en el pecho, hipertensión arterial, fiebre reumática, soplo cardíaco, ataques cardíacos y otras enfermedades o desórdenes del corazón o sistema circulatorio?														
a.1. ¿Qué tipo de dolor ha tenido? <input type="checkbox"/> Opresivo <input type="checkbox"/> Punzante														
a.2. ¿Consultó al doctor por esa causa?														
a.3. ¿Tomó algún tipo de medicamento para dicho dolor?														
a.4. ¿Cuál?														
b. Tiroides, gota u otro trastorno endocrino?														
c. ¿Algunas enfermedades o desórdenes de los músculos, huesos o coyunturas, incluso de la columna vertebral, la espalda y las articulaciones?														
d. ¿Ha tenido enfermedades o lesiones diferentes a las anunciadas anteriormente, por las que ha recibido o está recibiendo tratamiento o control con medicamentos o tiene programada una intervención quirúrgica o exámenes en los próximos seis (6) meses?														

Por favor continúe diligenciando el formulario al respaldo

Respecto a las respuestas afirmativas, por favor ampliar información

Pregunta y número de dependiente	Enfermedad	Último episodio	Complicaciones	Tratamiento
		DD MM AAAA	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
		DD MM AAAA	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
		DD MM AAAA	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
		DD MM AAAA	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
		DD MM AAAA	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
		DD MM AAAA	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
		DD MM AAAA	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
		DD MM AAAA	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
		DD MM AAAA	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
		DD MM AAAA	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
		DD MM AAAA	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

Pregunta y número de dependiente	Utilice en caso de un mayor detalle

7. AUTORIZACIONES

1. Autorizo a BMI Colombia para verificar la validez de la información suministrada en la declaración de asegurabilidad y en la 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 (Artículos 1058 y 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 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.

4. 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.

8. CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS

Declaro y autorizo expresamente:

1. Que para efectos de mi vinculación con BMI Colombia, suministro mis datos personales para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende la actividad aseguradora. 2. Que me han informado, y en consecuencia autorizo, que mis datos personales sean tratados para las siguientes finalidades: **i)** El trámite de mi solicitud de vinculación como asegurado; **ii)** La ejecución y el cumplimiento del contrato de seguro así como todos los aspectos que involucren la gestión integral del mismo; **iii)** El control y la prevención del fraude; **iv)** La elaboración de estudios técnico-actuariales y estadísticos; **v)** Campañas de educación financiera, encuestas de satisfacción y ofertas comerciales de seguros; **vi)** Intercambio y suministro de información financiera y/o tributaria en virtud de acuerdos internacionales suscritos por Colombia; **vii)** La prevención y control del lavado de activos y la financiación del terrorismo. 3. Que el tratamiento podrá ser realizado directamente por BMI Colombia y los encargados del tratamiento que esta designe. 4. Que los datos podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos, incluso internacionalmente, para las finalidades mencionadas, a: **i)** Filiales, subsidiarias o vinculadas, o matriz de BMI Colombia. **ii)** Los operadores necesarios para la ejecución de los seguros adquiridos, tales como: call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, médicos externos, entre otros. **iii)** Intermediarios de seguros que intervengan en el contrato de seguro. **iv)** Personas con quienes BMI Colombia celebre contratos de Coaseguro o Reaseguro.

v) Agremiaciones y/o personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraudes, selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema de Seguridad Social, así como la elaboración de estudios estadísticos y actuariales y a aliados comerciales en general.

5. DATOS SENSIBLES: Autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial los relativos a mi estado de salud, en tanto reconozco que los mismos son necesarios para determinar el riesgo que traslado en virtud al contrato de seguros. Igualmente autorizo a los médicos, clínicas, hospitales, entidades promotoras de salud, empresas de medicina prepagada o instituciones prestadoras de servicios de salud para que aporten a BMI Colombia mi historia clínica, el formulario de solicitud de contratación al servicio de medicina prepagada - cuestionario de salud, declaración de estado de salud y/o cualquier otro documento, formulario y/o datos que sobre mi estado de salud administren, así como cualquiera que resulte necesario para la correcta ejecución del contrato de seguros que suscribo; **6.** Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. **7.** Que como titular de la información me asiste el derecho a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre mí. **8.** Que las políticas de tratamiento de datos personales las puedo consultar en www.bmicol.com.co

9. FIRMA Y HUELLA ASEGURADO

<p>Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información suministrada es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento.</p>	<p>_____</p> <p>Firma Asegurado</p>	<p>_____</p> <p>Huella Índice Derecho</p>
<p>Se firma la presente solicitud en la ciudad de: _____ el día _____ de _____ de _____</p>		

Nombre Asesor o Agencia	No. Documento de Identidad
	Cédula o NIT