



**BMI Colombia Compañía de Seguros de Vida S.A.  
SOLICITUD PARA ADICIÓN SEGUROS DE SALUD**

Nombre del titular de la póliza	Póliza No.

1. SOLICITANTE									
Apellido	Segundo Apellido	Nombre	Parentesco con el titular	Fecha Nacimiento Mes / Día / Año	Estatura	Peso	Edad	Sexo	Lugar de Nacimiento

**INFORMACIÓN ADICIONAL RESPECTO A LOS SOLICITANTES**

2. ¿Padece usted, ha padecido o está bajo tratamiento de alguna de las siguientes afecciones?			
	SI	NO	
a. ¿Asma, enfisema, bronquitis u otra enfermedad o afección del sistema respiratorio?			f. ¿Cáncer u otros tumores?
b. ¿Tensión sanguínea alta, dolores en el pecho, inflamación de los pies, ataques cardíacos, falta de respiración u otras enfermedades o afecciones del corazón o del sistema circulatorio?			g. ¿Alguna enfermedad o afección de los músculos, huesos, coyunturas o columna?
c. ¿Trastornos mentales, desmayos, epilepsia, convulsiones, lesiones en la cabeza u otra enfermedad o afección del cerebro o sistema nervioso?			h. ¿Cualquier otra enfermedad, lesión, operación o deformidad?
d. ¿Enfermedades venéreas, albúmina o sangre en la orina, diabetes u otra enfermedad o afección endocrina, en los riñones, vejiga o próstata?			i. ¿Nació el/la solicitante con alguna complicación, deformidad o mal congénito?
e. ¿Alguna enfermedad o afección del estómago o trastornos gastrointestinales, ictericia?			j. Fecha del último examen médico y resultados:
			k. <b>Solo para Mujeres:</b>
			1. ¿Alguna complicación por maternidad pasada o presente?
			2. ¿Se encuentra usted en estado de gestación?

**FAVOR DE DAR DETALLES A LAS RESPUESTAS AFIRMATIVAS DE LA PREGUNTA 2.**

Nombre de la persona y número de la pregunta	Condición y complicaciones (indique si fue operado)	Fecha que comenzó	Fecha Nacimiento Mes / Día / Año	Duración	Nombre y dirección de médicos y hospitales

3. Niños menores de 12 meses (preguntas a ser respondidas por el pediatra):	
a. Antecedentes patológicos personales y/o antecedentes patológicos familiares de la madre:	
b. Edad gestacional al nacer:	
c. Puntaje APGAR:	
d. Circunferencia cefálica:	
e. Examen cardiopulmonar:	- Pulmones: - Corazón:
f. Examen psicomotor:	
g. Conclusión médica:	
Nombre y apellido del pediatra:	Fecha

\_\_\_\_\_   
 Firma del pediatra

4. Certifico que las respuestas a continuación son precisas y exactas:		SI	NO
a. ¿Ha usado heroína, morfina u otra droga narcótica; LSD, marihuana u otra droga psicoterapéutica?			
b. ¿Ha sido arrestado o ha recibido tratamiento por el uso de alcohol o drogas?			
c. ¿Ha consultado, está bajo tratamiento o examinado por algún médico, psiquiatra o psicólogo?			
d. ¿Ha participado o piensa participar en algún deporte o actividad peligrosa como aviación, pesca submarina, carreras de automóvil? (si esta pregunta es afirmativa, por favor llene el formulario correspondiente)			
e. De las personas propuestas para seguro, ¿existe alguna residiendo en otro lugar?			

**Indique a continuación el nombre, dirección y motivo:**

**FAVOR DE DAR DETALLES A LAS RESPUESTAS AFIRMATIVAS DE LA PREGUNTA 4.**

Firmado en	el día	de	de 20
<hr/> Firma del solicitante	<hr/> Firma del titular	<hr/> Firma del agente <b>Código del agente</b>	

**BMI Colombia Compañía de Seguros de Vida S.A. tendrá derecho a obtener toda la información que considere necesaria como exámenes o tratamientos médicos practicados, o que en el futuro se hagan las personas objeto del seguro solicitado. De conformidad con lo establecido en el artículo 34 de la Ley 23 de 1981, autorizo en forma expresa a cualquier médico, hospital, clínica o institución prestadora de salud que me haya atendido, para que a partir de la firma de la presente solicitud y aún después de mi muerte, solicite y reciba copia de mi historia clínica y de todos aquellos que en ella se registren o lleguen a ser registrados y de sus anexos. Declaro que todos los datos escritos en la presente solicitud que servirán de base para el estudio del riesgo propuesto, son verídicos, y en caso de presentarse y/o comprobarse su inexactitud autorizo a BMI Colombia Compañía de Seguros de Vida S.A. para declinar y/o rechazar esta solicitud. De la misma manera, autorizo expresamente para que se solicite a cualquier persona natural o jurídica, información de carácter financiero, comercial y personal, y/o para confirmar las bases de datos de seguros de personas de riesgos e indemnizaciones.**

Fechada en (Lugar, día/mes/año)	Nombre del Asegurado
	<hr/> Firma del Asegurado
	Huellas del Asegurado