BMI Colombia Compañía de Seguros de Vida S.A.

Solicitud de Seguro de Salud Plan Ejecutivo

Tipo de solicitud

☐ Negocio Nuevo ☐ Inclusión ☐ Modificación ☐ Cancelación ☐ Rehabilitación ☐ Exclusión

Fecha (DD / MM / AAAA) Ciudad

1.INFORMACIÓN DEL TOMADOR

Nombre o Razón Social | No. Documento

Dirección | Teléfono(s) Fijos / celular

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)

Sexo: ☐ Masc. ☐ Fem. | Fecha de Expedición (DD / MM / AAAA) | Lugar de Nacimiento | Edad

Dirección Residencia | Teléfono(s) Fijo | Ciudad

Número de Celular | Correo Electrónico

Dirección Laboral | Teléfono(s) | Extensión

EPS | Peso (kg.) | Estatura (cm)

3.DEPENDIENTES

Dependiente	No. Documento	Género	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento (DD / MM / AAAA)
1							
2							
3							
4							
5							

BMI Colombia Compañía de Seguros de Vida S.A.
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

BMI Colombia Compañía de Seguros de Vida S.A.

Solicitud de Seguro de Salud Plan Ejecutivo

Dependiente	Estatura (cm)	Peso (Kg.)	Parentesco con Asegurado Principal	Estado Civil	EPS	Ocupación
1						
2						
3						
4						
5						

4. COBERTURAS Y VALORES ASEGURADOS

Valor asegurado a Contratar

Formas de Pago

☐ Anual ☐ Semestral ☐ Trimestral ☐ Mensual

Opción deducible seleccionado

☐ Fuera de EEUU US$0 - En los EEUU US$50 ☐ US$500 ☐ US$1,000 ☐ US$2,500 ☐ 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

Certifico que las respuestas a continuación son precisas y exactas	**Asegurado**		**Dependiente 1**		**Dependiente 2**		**Dependiente 3**		**Dependiente 4**		**Dependiente 5**	
Marque con una "X" según corresponda	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
¿Ha usado heroína, morfina u otra droga narcótica, marihuana u otra droga recreativa?												
¿Alguna vez ha consultado, ha estado o está actualmente bajo observación o tratamiento o ha sido examinado por algún psiquiatra, psicólogo o cualquier otro médico?												
¿Ha participado o piensa participar en algún deporte o actividad peligrosa como aviación, pesca submarina o carrera de automóviles?												
De las personas propuestas para el seguro, ¿existe alguna residiendo en otro país?, indique nombre, motivo y dirección.												
¿Fuma cigarrillo u otro producto derivado del tabaco?												
A) ¿Qué cantidad al día?												
B) Si Ud. fumaba cigarrillo pero dejó de hacerlo, ¿qué tiempo hace que lo dejó? (meses/años).												
¿Toma bebidas alcohólicas?												
A) Indique cantidad.												
B) Indique frecuencia.												
¿Se le ha aconsejado alguna prueba diagnóstica, hospitalización o cirugía que no se ha llevado a cabo?												
Además de lo arriba mencionado, ¿ha sido paciente en un hospital, clínica, sanatorio o institución médica?												

BMI Colombia Compañía de Seguros de Vida S.A.
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

BMI Colombia Compañía de Seguros de Vida S.A.
Solicitud de Seguro de Salud Plan Ejecutivo

Respecto a las respuestas afirmativas por favor ampliar información

Pregunta	Nombre Asegurado / Dependiente	Descripción

Certifico que las respuestas a continuación son precisas y exactas	Asegurado		Dependiente 1		Dependiente 2		Dependiente 3		Dependiente 4		Dependiente 5	
Marque con una "X" según corresponda	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Epilepsia												
Parálisis												
Vértigo												
Esclerosis Multiple												
Meningitis												
Convulsiones												
Trauma Craneal												
Tiroides												
Enfermedades Mentales												
Ojos												
Nariz												
Oído												
Pulmonares												
Garganta												
Alergias												
Diabetes												
Cáncer, Diagnóstico con cáncer en los últimos 4 años (si es mayor de edad) o en los últimos 2 años (si es menor de edad)												
Anemia												
Cardiacos												
Trombosis												
Esófago												
Colesterol												
Genitales												
Incontinencia												
Piel												
Malformaciones												
¿Ha sufrido algún accidente de gravedad?												
¿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?												
¿Ha padecido algún familiar suyo de diabetes, cancer, hipertención arterial, enfermedad cardiaca, renal o mental?												

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
BMI Colombia Compañía de Seguros de Vida S.A.

BMI Colombia Compañía de Seguros de Vida S.A.
Solicitud de Seguro de Salud Plan Ejecutivo

SOLO PARA MUJERES	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
¿Citología con resultados alterados?												
¿Alguna solicitante está en embarazo?												
¿Cuántos meses?												
Número de embarazos previos												
Abortos												
Cesáreas												

Respecto a las respuestas afirmativas por favor ampliar información *(Anexa historia Clinica)*

Número Pregunta	Enfermedad	Último episodio			Complicaciones		Tratamiento	Evolución / Secuelas
		DD	MM	AAAA	Si	No		
		DD	MM	AAAA	Si	No		
		DD	MM	AAAA	Si	No		
		DD	MM	AAAA	Si	No		
		DD	MM	AAAA	Si	No		
		DD	MM	AAAA	Si	No		
		DD	MM	AAAA	Si	No		
		DD	MM	AAAA	Si	No		

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. AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS

Declaro y autorizo expresamente:

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ASEGURADORA, a BMI Colombia Compañía de S1. 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 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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
BMI Colombia Compañía de Seguros de Vida S.A.

9. FIRMA Y HUELLA ASEGURADO

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información suministrada es exacta en todas sus partes

Se firma la presente solicitud en la ciudad de: el día de de

Firma Asegurado

Huella Índice Derecho

Nombre Asesor o Agencia

No. Documento de identidad

Cédula o NIT

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
BMI Colombia Compañía de Seguros de Vida S.A.

BMI Seguros Colombia
Cra. 11 No. 84A-09, Oficina 903,
Torre Amadeus, Costado Sur
Bogotá, Colombia
Tel. (601) 518 7700
premiersupportco@bmicos.com • **www.bmicos.com**
(correo oficial de servicio al cliente)

Defensor del consumidor financiero
Cra. 10 No. 97A-13, Oficina 502
Tel. (601) 610 8164
defensoriabmi@legalcrc.com **www.defensorsos.com**
Ana María Giraldo Rincón
José Federico Ustáriz González

Conecta con **BMI**