



1. INFORMACIÓN DEL TOMADOR DE LA PÓLIZA (Diligenciar solo si el Tomador es diferente al Asegurado Titular)

Apellidos y Nombres / Razón Social		Sexo	<input type="checkbox"/> Masc.	<input type="checkbox"/> Fem.	Fecha de nacimiento	DD	MM	AAAA	Edad
Domicilio (Calle / Número / Ciudad)					Números de Teléfono				
Tipo de Documento de identidad		No. Documento de identidad							
Relación con el Asegurado Propuesto									
Dirección de correo electrónico									
Responsable de IVA		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Responsabilidad fiscal					

2. ASEGURADO(S) PROPUESTO(S)

(a) TITULAR

Apellidos		Nombres			Sexo	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino
Fecha de Nacimiento	DD	MM	AAAA	Edad	Lugar de Nacimiento	Estatura	Mts./Cms.
Peso	Kgs.	Tipo de Documento de Identidad		No. Documento de Identidad			
Nombre de la Compañía donde labora							
Responsable de IVA		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Responsabilidad fiscal			

(b) CÓNYUGE

Apellidos		Nombres			Sexo	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino
Fecha de Nacimiento	DD	MM	AAAA	Edad	Lugar de Nacimiento	Estatura	Mts./Cms.
Peso	Kgs.	Tipo de Documento de Identidad		No. Documento de Identidad			

1.1 HIJOS

(a)

Apellidos		Nombres			Sexo	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino
Fecha de Nacimiento	DD	MM	AAAA	Edad	Lugar de Nacimiento	Estatura	Mts./Cms.
Peso	Kgs.	Tipo de Documento de Identidad		No. Documento de Identidad			

(b)

Apellidos		Nombres			Sexo	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino
Fecha de Nacimiento	DD	MM	AAAA	Edad	Lugar de Nacimiento	Estatura	Mts./Cms.
Peso	Kgs.	Tipo de Documento de Identidad		No. Documento de Identidad			

(c)

Apellidos		Nombres			Sexo	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino
Fecha de Nacimiento	DD	MM	AAAA	Edad	Lugar de Nacimiento	Estatura	Mts./Cms.
Peso	Kgs.	Tipo de Documento de Identidad		No. Documento de Identidad			

3. ENVÍO DE CORRESPONDENCIA

Residencia Laboral Otra

Dirección Residencia	Ciudad	País	Código Postal
Dirección Negocio	Ciudad	País	Código Postal
Otra Dirección	Ciudad	País	Código Postal

Dirección de Correo Electrónico

Números de Teléfono: Residencia Ind. Negocio Ind. Teléfono Celular

4. PLANES

MERIDIAN II AZURE PLUS IDEAL US\$2.000.000 IDEAL US\$500.000

5. DEDUCIBLES

US\$ 1,000 US\$ 2,500 US\$ 5,000 US\$ 10,000 US\$ 20,000

6. ANEXOS OPCIONALES

Transportación aérea de emergencia / Servicio de Asistencia en viajes

Otro

7. PRIMAS

PRIMA PLAN BÁSICO PB		FAVOR DILIGENCIAR PRIMA DE ACUERDO A LA FRECUENCIA DE PAGO			
Titular	USD	FRECUENCIA DE PAGO			
Cónyuge	USD	<input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> Semestral	<input type="checkbox"/> Trimestral	<input type="checkbox"/> Mensual
Hijos	USD	a) Prima según frecuencia de pago USD			
		b) Derechos de emisión según frecuencia de pago USD			
		Total según frecuencia de pago (suma a + b) USD			

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



8. INFORMACIÓN RESPECTO A TODOS LOS SOLICITANTES		
Certifico que las respuestas a continuación son precisas y exactas.	SÍ	NO
a. ¿Han usado heroína, morfina u otra droga narcótica, LSD, marihuana u otra droga recreativa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Han sido arrestados o han recibido tratamiento por el uso de alcohol o drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ¿Alguna vez han consultado, han estado o están actualmente bajo observación o tratamiento o han sido examinados por algún psiquiatra, psicólogo o cualquier otro médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ¿Han participado o piensan participar en algún deporte o actividad peligrosa como aviación, pesca submarina o carreras de automóviles?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. De las personas propuestas para el seguro, ¿existe alguna residiendo en otro país? Indique nombre, motivo y dirección: _____ _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. ¿Fuman cigarrillos u otros productos derivados del tabaco? En caso afirmativo, ¿qué cantidad al día? _____ Si Ud. fumaba cigarrillos pero dejó de hacerlo, ¿qué tiempo hace que los dejó? Meses Años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. ¿Toman bebidas alcohólicas? En caso afirmativo, indique la cantidad y frecuencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. ¿Se le ha aconsejado alguna prueba diagnóstica, hospitalización o cirugía que no se ha llevado a cabo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Además de lo arriba mencionado, ¿han sido pacientes en un hospital, clínica, sanatorio o institución médica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Mujeres: ¿se encuentra Ud. en estado de gestación? Número de semanas de gestación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. INFORMACIÓN ADICIONAL RESPECTO A TODOS LOS SOLICITANTES		
¿Padece usted, han padecido, están bajo tratamiento o han sido informados de algunas de las siguientes enfermedades o desórdenes?	SÍ	NO
a. ¿Asma, enfisema, bronquitis u otras enfermedades o desórdenes del sistema respiratorio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Dolores en el pecho, hipertensión arterial, fiebre reumática, soplo cardiaco, ataques cardiacos y otras enfermedades o desórdenes del corazón o sistema circulatorio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.1. ¿qué tipo de dolor ha tenido? <input type="checkbox"/> Opresivo <input type="checkbox"/> Punzante		
b.2. ¿Consultó al doctor por esa causa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.3. ¿Tomó algún tipo de medicamento para dicho dolor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.4. ¿Cuál?		
c. ¿Desmayos, epilepsia, convulsiones, lesiones en la cabeza, jaquecas u otras enfermedades o desórdenes del cerebro o del sistema nervioso o trastorno mental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.1. ¿Ha sufrido usted una isquemia cerebral transitoria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ¿Albúmina o sangre en la orina u otras enfermedades o desórdenes de los riñones, vejiga o próstata o enfermedades venéreas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ¿Enfermedades o desórdenes de la piel, de los ganglios linfáticos y quistes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. ¿Diabetes, tiroides, gota u otro trastorno endocrino?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. ¿Ictericia, hemorragia intestinal, úlcera, hernia, apendicitis, colitis, diverticulitis, hemorroides, indigestión recurrente u otro desorden del estómago, intestinos, hígado, páncreas o vesícula biliar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. ¿Algunas enfermedades o desórdenes de los músculos, huesos o coyunturas, incluso de la columna vertebral, la espalda y las articulaciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. ¿Algunas enfermedades o desórdenes de los ojos, oídos, nariz o garganta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. ¿Alergias, anemia u otro desorden sanguíneo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. ¿Algunas enfermedades o desórdenes de los órganos reproductivos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. ¿Otras enfermedades, lesiones, operaciones, deformidades o amputación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. ¿Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o Síndrome Complejo Relacionado al SIDA (SCRS)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. ¿Cáncer o tumores de cualquier otra clase?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. ¿Tratamiento o medicamento que recibe en la actualidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. FAVOR DAR DETALLES A LAS RESPUESTAS AFIRMATIVAS DE LAS PREGUNTAS 9

Nombre de la(s) persona(s) / Número de la pregunta	Condición y Complicaciones	Fecha en que comenzó		Duración	Lateralidad
		Mes	Año		

11. NOMBRE Y DIRECCIÓN DE SUS MÉDICOS Y ESPECIALISTAS

12. ANTECEDENTES MÉDICOS DE LA FAMILIA

¿Ha padecido algún familiar suyo de diabetes, cáncer, hipertensión arterial, enfermedad cardiaca, renal o mental? SÍ NO

(En caso afirmativo, por favor explique. Indique con una "T" para el Titular y con una "C" para el Cónyuge).

	Edad si viven		Explicación	Edad al fallecer		En caso de fallecimiento indicar causa
	"T"	"C"		"T"	"C"	
Padre						
Madre						
Hermano(s)						

13. SEGUROS DE VIDA O SALUD QUE HAYAN ESTADO O ESTÁN EN VIGOR DE LOS ASEGURADOS PROPUESTOS

Indique con una "T" para el Titular y con una "C" para el Cónyuge).

"T"	"C"	Compañía	Número de Póliza	Salud	Vida	Suma Asegurada	Fecha de Emisión
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	US\$	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	US\$	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	US\$	

14. ¿INTENTA REMPLAZAR CON ESTE SEGURO ALGUNA PÓLIZA DE SALUD O DE VIDA CON ÉSTA U OTRA COMPAÑÍA? SÍ NO

CONDICIONES PRE-EXISTENTES NO ESTÁN CUBIERTAS SEGÚN SE DEFINEN EN LA PÓLIZA O EN CUALQUIER ENMIENDA A LA MISMA

15. 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 1158 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(1) 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.
 - 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.
 - Hago constar que las condiciones de la póliza que se encuentran en el numeral 6 del presente documento las conocí previamente y están soportadas en la cotización-ilustración 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).



16. AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS

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 denegación 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. 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, para 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 éstas 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, mensajerías 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 en el mismo.

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

Nombre:

Cédula:

<input type="text"/> Firma del Agente	<input type="text"/> Firma del Tomador de la cuenta	<input type="text"/> Firma del Titular de Póliza
--	--	---

Huella Índice
Derecho tomador

Huella Índice
Asegurado titular
de la póliza



17. AUTORIZACIÓN DÉBITO AUTOMÁTICO

Certifico que los datos aquí consignados son verídicos y autorizo a BMI Colombia Compañía de Seguros de Vida S.A. a cargar a mi tarjeta de crédito o debitar de la cuenta antes mencionada, el valor que corresponde a la prima de seguros y/o a sus renovaciones, si a ella hubiera lugar. Como titular de la tarjeta o cuenta declaro que conozco que si no mantengo el cupo disponible o los fondos suficientes para el pago de la prima en el plazo establecido para ello, en cada período pactado, la póliza terminará por mora en el pago de la prima. El débito o cargo sólo se realizará por el monto de la cuota para el período correspondiente, en ningún caso se realizarán cobros parciales del valor de la prima para el período pactado.

Así mismo, autorizo a BMI Colombia Compañía de Seguros de Vida S.A. para que consignen en mi cuenta bancaria los pagos que se hayan originado por diferentes conceptos a mi favor. 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, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

Autorizo a BMI Colombia Compañía de Seguros de Vida S.A. Nit. 901.061.386-7, con domicilio principal en la Carrera 11 #84-09 Oficina 903 de Bogotá, como responsable del tratamiento de mis datos, para que cualquier información derivada del presente contrato, sea compilada, almacenada, consultada, usada, procesada, compartida, para efectos de **1)** El pago de las primas que contrate con dichas Aseguradoras; **2)** para los pagos y/o reembolsos de dineros que dichas Aseguradoras deban efectuarme, en virtud de las pólizas que haya suscrito con ellas. Autorizo adicionalmente a BMI Colombia Compañía de Seguros de Vida S.A. a transferir mis datos personales a **1)** las bases de datos y/o servidores controlados por BMI Colombia Compañía de Seguros de Vida S.A., sus matrices, subsidiarias y filiales, cuando ello fuere necesario para el cumplimiento de las finalidades autorizadas en este documento; **2)** A los Encargados de realizar la gestión de recaudo y/o pagos por cuenta de BMI Colombia Compañía de Seguros de Vida S.A. Declaro que he sido informado de **1)** la existencia de las Políticas de Tratamiento, las cuales se encuentran publicadas en www.bmicol.com.co y también pueden ser solicitadas a contactenos@bmicol.com o al teléfono 518 7700 de Bogotá **2)** Que me asisten los derechos establecidos en la ley 1581 de 2012 y sus Decretos reglamentarios o demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen, en especial los derechos a: **a)** Conocer, actualizar y rectificar mis datos **b)** Solicitar prueba de la autorización otorgada; **c)** Ser informado del uso que le ha dado a sus datos personales; **d)** Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a las disposiciones legales vigentes **e)** Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el Tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. **f)** Acceder en forma gratuita a mis datos personales que hayan sido objeto de Tratamiento, **3)** Que la información que suministro sobre niños, niñas y adolescentes responde y respeta su interés superior y sus derechos fundamentales **4)** Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles.

Tipo de Documento:		No. Documento de identidad:	
Nombre Titular de la Cuenta:			
Tipo de Cuenta:		<input type="checkbox"/> Ahorro <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/> Tarjeta de Crédito	
		<input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> MasterCard <input type="checkbox"/> Diners <input type="checkbox"/> Amex	
No. de Cuenta de Ahorros o Corriente			
Entidad Financiera			
Fecha a debitar (Ahorro y/o Corriente) Indicar fecha entre el 1 y el 28 del mes			
Firma Tomador de la Cuenta			
Número de Documento		Huella Índice Derecho	

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: CC; CE ; PAS; NIT; PPT Permiso de Permanencia temporal; PD Pasaporte diplomático; PJ Persona Jurídica; PN Persona Natural



18. DECLARACIONES ADICIONALES

HOJA	NUMERAL	ACLARACIÓN

19. COBERTURA CONDICIONAL TEMPORAL DE EMERGENCIA POR ACCIDENTE ANTES DE SER ENTREGADA LA PÓLIZA

La cobertura de gastos médicos cubiertos que resulten de una lesión corporal accidental incurridos por algún asegurado propuesto incluido en esta solicitud está limitada a un máximo de US \$25,000. - por solicitud desde la fecha en que la solicitud y la prima total sean recibidas en las oficinas de BMI en Colombia, hasta lo que ocurra primero, (a) la fecha efectiva de la póliza o (b) sesenta días a partir de la fecha en que dicha solicitud es recibida en BMI en Colombia. Esta cobertura temporal de emergencia por accidente está sujeta y gobernada por las reglas, términos, condiciones y exclusiones de la póliza a aplicar si la póliza por la cual se solicitó cobertura hubiera estado en vigor en la fecha del accidente de cualquiera de los asegurados propuestos incluidos en la solicitud. Este beneficio está sujeto al deducible seleccionado por el asegurado propuesto. Este beneficio no aplicaría en el caso de que la solicitud fuera declinada por cualquier razón, otra que no fuera a consecuencia de lesiones sufridas en un accidente mientras se está evaluando la solicitud. Este beneficio aplica únicamente a los planes, Plan Meridian y Plan Azure Plus.

20. DE LAS DECLARACIONES

Manifiesto que todos los datos declarados en la presente Solicitud de Seguro, son completos, verídicos, tienen importancia y servirán a la Aseguradora para la apreciación del riesgo.

Adicionalmente, entiendo que la omisión o inexacta declaración de cualquiera de los datos declarados en esta Solicitud de Seguro, podrá resultar en la denegación de cobertura de la Póliza, modificación del contrato de seguro o terminación del Contrato de Seguro.

<hr style="width: 80%; margin: auto;"/> <p>Firma del Solicitante de la Póliza</p>
Nombre del Solicitante
Fecha

<hr style="width: 80%; margin: auto;"/> <p>Firma del Agente</p>
Clave
Fecha