



**BMI Colombia Compañía de Seguros de Vida S.A.**  
**SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA TEMPORAL DEUDOR EN PESOS**

**PARTE A**

Para diligenciar las casillas de: Tipo de identificación; Estado civil; Responsabilidad fiscal y Actividad económica por favor guíese por la información suministrada en el pie de página.

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

Apellido / Nombre		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			Estado civil			
Relación con el Asegurado Propuesto				Dirección de correo electrónico					
Responsable de IVA	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Responsabilidad fiscal						

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

Apellido / Nombre		Sexo	<input type="checkbox"/> Masc.	<input type="checkbox"/> Fem.	Fecha de nacimiento	DD	MM	AAAA	Edad
Lugar de nacimiento	Estatura	Mts.	Cms.	Peso	Kgs.	Nacionalidad			
Domicilio (Calle / Número / Ciudad)					Números de Teléfono				
Dirección de correo electrónico									
Responsable de IVA	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Tipo de Documento de identidad			No. Documento de identidad			
Responsabilidad fiscal					Estado civil				

**3. EMPLEADOR**

Nombre de la Compañía		Ocupación	Cargo
Detalle sus actividades y tareas			Actividad económica de la empresa
Domicilio (Calle / Número / Ciudad)			
Números de Teléfono			Años de Empleo con la Compañía

**4. Información Personal del Tomador / Asegurado Propuesto (Responsable del pago de la prima).**  
Si el Tomador es diferente al Asegurado Propuesto, debe completarse el Formulario Único de Conocimiento.

Actividad Económica	Ingresos y Egresos		Activos y Pasivos
	Ingreso Mensual: \$	Concepto Otros Ingresos:	Activos: \$
<b>Código CIU</b>	Egreso Mensual: \$		Pasivos: \$
	Otros Ingresos: \$		Patrimonio: \$
¿Por su cargo o actividad maneja recursos públicos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
¿Por su cargo o actividad, ejerce algún grado de poder público?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
¿Por su actividad u oficio goza usted de reconocimiento público general? Indique	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
¿Es usted servidor público?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
¿Tiene usted la condición de Persona Expuesta Políticamente? (D. 2021 y D. 1674 de 2016 ) Indique	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
¿Tiene algún vínculo con una Persona considerada Públicamente Expuesta? Indique	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
¿Es usted Representante Legal de una Organización Internacional? Indique	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
¿Está usted sujeto a Obligaciones Tributarias en otro país o países? ¿Cuál(es)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	

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

<b>Actividades en Operaciones Internacionales</b>		Realiza Operaciones en Moneda Extranjera <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
¿Cuál?	<input type="checkbox"/> Importaciones	<input type="checkbox"/> Exportaciones	<input type="checkbox"/> Inversiones	<input type="checkbox"/> Préstamos	<input type="checkbox"/> Pago Servicios	
	<input type="checkbox"/> Transferencias					
<b>Tipo de Producto</b>	<b>Identificación Producto</b>	<b>Entidad</b>	<b>Monto</b>	<b>Ciudad</b>	<b>País</b>	<b>Moneda</b>

**TIPO DE IDENTIFICACIÓN:** 1. CC; 2. CE ; 3. PAS; 4. TI; 5. RC; 6. NUIP; 7. NIT; 8. PPT – Permiso de Permanencia temporal. 9. PD Pasaporte diplomático

**Estado civil:** 1. Soltero (a) ; 2. Casado (a) 3. Unión libre; 4. Divorciado (a); 5. Separada (o); 6. Viudo (a)

**Responsabilidad fiscal:** O-13 Gran contribuyente; O-15 Autorretenedor; O-23 Agente de retención IVA; O-47 Régimen simple de tributación; R-99-PN No aplica-otros.

**Actividad económica:** 1. Asalariado; 2. Socio; 3. Estudiante; 4. Inversionista; 5. Pensionado; 6. Negociante; 7. Rentista; 8. Independiente; 9. Ama de casa.

**5. PLAN DE SEGURO (seleccione el producto o productos)**

**5.a. PLAN TEMPORAL EN PESOS**  NO  (seleccione)

Seleccione Término del Contrato (solo para Planes a Término)  1 Año

Suma Asegurada \$ **Anexo obligatorio: Incapacidad Total y Permanente, suma asegurada igual a la cobertura del básico de vida**

Forma de pago  Anual Prima \$

**6. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES DE SEGUROS**

¿Alguna vez ha solicitado o ha recibido indemnizaciones sobre seguros durante los últimos dos años?  Sí  No

(En caso afirmativo, favor suministrar fecha, compañía, Valor en pesos, Acción tomada por la compañía).

**7. BENEFICIARIOS ONEROSOS (verifique que la sumatoria de los porcentajes de participación sea el 100%)**

Razón Social	NIT	% Participación
Primer Beneficiario		
Segundo Beneficiario		
Tercer Beneficiario		

**8. BENEFICIARIOS NO ONEROSOS (verifique que la sumatoria de los porcentajes de participación sea el 100%)**

Nombre y Apellido	Fecha de Nacimiento	Tipo y Número de Identificación	Parentesco	*Ocupación	%

**Nota: PARENTESCO:** Cónyuge, Hijo, Hermano, Padres, Otros. Si el parentesco es Otros especificar (En caso de cesión en favor de acreedor, se entenderá que este es beneficiario en los términos del documento "cesión de garantía" el cual hará parte integral de la póliza)

**Nota 2: \*OCUPACIÓN:** Si los beneficiarios son menores de edad o beneficiario oneroso N/A

**9. DETALLES DEL ASEGURADO PROPUESTO**

A. Favor indicar si Usted:	SÍ	NO
1. ¿Ha participado o piensa participar durante los próximos dos años en actividades de aviación en calidad de piloto o miembro de la tripulación, planeo, carreras, buceo, paracaidismo con o sin caída libre o cualquier otro deporte peligroso? En caso afirmativo especifique cual y complete el cuestionario correspondiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Ha viajado o piensa viajar fuera de su país durante los próximos dos años? En caso <b>afirmativo</b> , favor detallar en <b>Aclaraciones</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Ha sido investigado, arrestado o declarado culpable de un crimen? En caso <b>afirmativo</b> , favor detallar en <b>Aclaraciones</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha sido secuestrado, extorsionado o recibido alguna amenaza en contra de su vida o de alguien en su familia? En caso <b>afirmativo</b> , favor detallar en <b>Aclaraciones</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Ha estado involucrado en un accidente de carro, declarado culpable de manejar bajo la influencia de alcohol o drogas o ha tenido más de una infracción de tráfico? En caso <b>afirmativo</b> , favor detallar en <b>Aclaraciones</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Alguna vez ha solicitado o recibido beneficios por incapacidad? En caso <b>afirmativo</b> , favor detallar en <b>Aclaraciones</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Alguna vez le han rechazado, diferido, ofrecido con sobreprima o modificado en cualquier forma una solicitud o rehabilitación de seguro de vida o por incapacidad? En caso <b>afirmativo</b> , favor detallar en <b>Aclaraciones</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Ha servido o piensa servir en las Fuerzas Armadas o en la Reserva Militar durante los próximos dos años? En caso <b>afirmativo</b> , favor detallar en <b>Aclaraciones</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B.</b> Durante los últimos doce meses, ¿ha fumado usted cigarrillos o ha usado otros productos derivados del tabaco? En caso <b>afirmativo</b> , favor indicar cual producto y que cantidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> a. Cigarrillos _____ <input type="checkbox"/> d. Pipa _____		
<input type="checkbox"/> b. Tabaco _____ <input type="checkbox"/> e. Mastica Tabaco _____		
<input type="checkbox"/> c. Parche o Chicle de Nicotina _____ <input type="checkbox"/> f. Otro _____		
<b>C.</b> Durante los últimos diez años, ¿ha usado usted cocaína, marihuana, meta-anfetaminas, barbitúricos u otras sustancias controladas? En caso afirmativo, favor completar el cuestionario de "Uso de Drogas"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>D.</b> ¿Consumo bebidas alcohólicas? En caso afirmativo favor indicar el tipo de bebida alcohólica, cantidad que toma y frecuencia .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**10. DISPOSICIONES Y ACLARACIONES**

**PARTE B (Para ser diligenciado por el asegurado propuesto)**

1. Nombre del médico y/o médico personal que lo atendió últimamente		
Dirección	Fecha	Motivo
Tratamiento Recibido		
2. ¿Ha tenido algún cambio de peso durante los últimos doce meses?		
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo: <input type="checkbox"/> Aumento <input type="checkbox"/> Pérdida
<b>Favor proveer detalles a continuación</b>		

**3. HISTORIAL CLÍNICO**

¿Ha sido usted diagnosticado o tratado por alguna de las siguientes condiciones?	SÍ	NO
a. ¿Enfermedad de los ojos, oídos, nariz, o garganta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Mareos, desmayos, convulsiones, dolor de cabeza, afección del habla, parálisis, apoplejía, trastorno mental o nervioso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ¿Ahogos, ronquera, tos persistente, esputos de sangre, bronquitis, pleuresía, asma, enfisema, tuberculosis o trastornos respiratorios crónicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ¿Dolor en el pecho, palpitaciones, hipertensión arterial, fiebre reumática, soplo cardíaco, ataque cardíaco u otra enfermedad del corazón o los vasos sanguíneos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ¿Ictericia, hemorragia intestinal, úlcera, hernia, apendicitis, colitis, diverticulitis, hemorroides, indigestión recurrente u otro desorden del estómago, intestinos, hígado o vesícula biliar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. ¿Azúcar, albúmina, sangre o pus en la orina, enfermedades venéreas, cálculos u otros trastornos renales, de la vejiga, próstata u órganos reproductivos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. ¿Diabetes, tiroides u otro trastorno endocrino?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. ¿Neuritis, ciática, reumatismo, artritis, gota o desorden de los músculos o huesos, incluso de la columna vertebral, la espalda y las articulaciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. ¿Deformidad, cojera, o amputación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. ¿Enfermedad de la piel, ganglios linfáticos, quiste, tumor o cáncer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. ¿Alergias, anemia u otro desorden sanguíneo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. ¿Está usted actualmente tomando medicamento, bajo observación o tratamiento prescrito por un médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Además de lo arriba mencionado, durante los últimos cinco años, usted:</b>		
m. ¿Ha sufrido alguna enfermedad mental o física?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. ¿Ha tenido un examen médico, consulta, enfermedad, lesión u operación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. ¿Ha sido paciente en un hospital, clínica, sanatorio u otra institución médica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p. ¿Se ha hecho un electrocardiograma, radiografía u otra prueba diagnóstica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha tenido resultados positivos por haber sido expuesto a la infección del VIH o ha sido diagnosticado con el Complejo relacionado con el SIDA o el SIDA por causa de infección del VIH u otra enfermedad o condición derivada de dicha infección?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Han padecido alguna vez sus padres, hermanos o hermanas de diabetes, cáncer, hipertensión arterial, enfermedad cardíaca, renal y/o mental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6. Para mujeres solamente.</b>		
a. ¿Ha tenido usted algún trastorno en la menstruación, en el embarazo, en los órganos reproductivos o en los senos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Está usted embarazada? ¿Cuántos meses tiene de embarazo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Aclaraciones a Sección de Detalles del Historial Clínico</b>		

**PARTE C (Para ser diligenciado por el intermediario)**

1. ¿La entrevista fue de forma presencial o virtual?	<input type="checkbox"/> Virtual	<input type="checkbox"/> Presencial
2. ¿Se hicieron cada una de las preguntas en esta solicitud y anotó las respuestas correctamente?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

## DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- Reconozco que la reticencia o inexactitud la información suministrada en este documento acarrear las consecuencias definidas en el artículo 1058 del Código de Comercio.
- Autorizo 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.
- Conforme el artículo 34 de la Ley 23 de 1981, autorizo a cualquier médico, clínica, hospital, EPS, empresa de medicina prepagada o cualquier participante del sistema de salud para que aporte a BMI Colombia copia de mi historia clínica, formularios de solicitud de servicio, declaración de estado de salud y/o cualquier otro tipo de documentos o datos sobre mi estado de salud.
- Declaro que a la firma del presente documento no poseo información financiera de mis beneficiarios; la cual, en todo caso, será proporcionada por estos al momento de la reclamación.
- 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).
- Declaro que los datos consignados a lo largo del presente formulario son 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 SEGUROS COLOMBIA para realizar gestiones comerciales y de cobranza. En consecuencia, AUTORIZO a BMI SEGUROS COLOMBIA 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.

## AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS PERSONALES

- En mi calidad de consumidor financiero obrando a nombre propio o de un tercero debidamente facultado para ello, autorizo de manera previa, expresa e informada a BMI SEGUROS COLOMBIA (o por los encargados del tratamiento que esta considere necesarios) para que mis datos personales y sensibles sean tratados con las siguientes finalidades: **(i)** El trámite de mi solicitud de vinculación como consumidor financiero; **(ii)** la ejecución, cumplimiento y gestión integral del seguro contratado y hacer transferencia nacional o internacional cuando sea necesario para la prestación del servicio; **(iii)** el control y la prevención del fraude; **(iv)** La elaboración de estadísticas, encuestas, análisis de mercado y estudios de técnica aseguradora; **(v)** envío de información relativa a educación financiera, encuestas de satisfacción y ofertas comerciales de seguros y de otros servicios inherentes a la actividad aseguradora; **(vi)** Intercambio de información financiera y tributaria a autoridades de terceros países en virtud de tratados internacionales suscritos por Colombia; **(vii)** La prevención y control del lavado de activos y la financiación del terrorismo.
- Autorizo que mis datos se compartan, transmitan, transfirieran o divulguen para las finalidades mencionadas, a: i) las sociedades matrices, filiales, subsidiarias o vinculadas de BMI SEGUROS COLOMBIA; ii) a los operadores necesarios para la ejecución del contratos celebrados, tales como: call centers, intermediarios, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, médicos externos, entre otros.
- Que se me informa que es facultativa la autorización de las respuestas a las preguntas sobre el tratamiento de datos sensibles o de menores de edad.
- Que BMI SEGUROS COLOMBIA es la Responsable del tratamiento de mis datos personales y cuenta con Políticas de Tratamiento de Datos publicadas en la página <https://www.bmicos.com/colombia/> en la cual se explican mis derechos y procedimientos a conocer, actualizar, revocar y solicitar la supresión de mis datos personales cuando proceda.

**Con la firma y huella del presente documento dejo constancia de haber leído y aceptado lo consignado a lo largo del mismo.**

El presente documento se firma a los	días de mes de	del año
<p>_____</p> <p>Firma del Intermediario*</p>	<p>_____</p> <p>Firma del Asegurado Propuesto*</p>	<p>*Si su firma es manuscrita por favor coloque la huella de su índice derecho al lado de la firma.</p>

**Documentos Requeridos:** Se requiere adjuntar la siguiente documentación:

- En todos los casos es necesario adjuntar fotocopia legible del documento de identificación. Asegurado Propuesto.
- La compañía podrá requerir información adicional que considere relevante y necesaria para controlar el riesgo LA/FT. Declaración de Renta (si aplica). Tomador.

**BMI Colombia Compañía de Seguros de Vida S.A.** Carrera 11 No. 84 A - 09, Oficina 903, Torre Amadeus, Costado Sur, Bogotá, Colombia PBX (601) 518 7700  
 contactenos@bmicos.com - [www.bmicos.com/colombia](http://www.bmicos.com/colombia)

**Línea de Servicio al Cliente: 01 800 097 8625**

Defensoría del consumidor financiero: Dra. Ana María Giraldo Rincón (defensor principal) / Dr. José Federico Ustáriz (defensor suplente).  
 Cra. 11A No. 96-51, Oficina 203, Bogotá D.C, teléfono 610 8161 - correo electrónico: [defensoriabmi@legalcra.com](mailto:defensoriabmi@legalcra.com)

**BMI Seguros Colombia**

FM No. 02 Rev. 9/22