



| SOLICITUD DE | |
|---------------|--|
| INGRESO | |
| REINGRESO | |
| ACTUALIZACIÓN | |

Ciudad y Fecha de Recepción (D/M/A)

Señores
FONDO DE EMPLEADOS "FEIGAC"
Bogotá, D.C.

Con el fin de solicitar a ustedes mi ingreso como asociado (a) activo (a) de esa entidad me permito transcribir mis datos personales:

| NOMBRES | | APELLIDOS | |
|--|-------------|----------------------|--|
| CEDULA DE CIUDADANIA | EXPEDIDA EN | ESTADO CIVIL | FECHA DE NACIMIENTO |
| DIRECCIÓN DE RESIDENCIA /DOMICILIO, ARRENDADO PROPIO FAMILIAR | | TELÉFONO | CIUDAD |
| CORREO ELECTRÓNICO INSTITUCIONAL Y PERSONAL | | | CELULAR |
| El número de cuenta se solicita con el fin de facilitar la transferencia electrónica para desembolsar créditos, entre otros. | | CUENTA No. | BANCO TIPO |
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS DEL CÓNYUGUE | | CEDULA DE CIUDADANIA | CELULAR EMPRESA DONDE TRABAJA |
| DATOS LABORALES | | | |
| SUBDIRECCIÓN / TERRITORIAL | DIRECCIÓN | TELÉFONO | BARRIO FECHA DE INGRESO (D/M/A) |
| DESCRIPCIÓN NOMBRAMIENTO | CARGO | SALARIO \$ | TOMA EL SEGURO FUNERARIO DE COOPSERFUN "LOS OLIVOS" SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| REFERENCIAS | | | |
| REFERENCIA PERSONAL: | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CELULAR |
| REFERENCIA FAMILIAR: | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CELULAR |

También manifiesto mi conformidad con los estatutos establecidos y autorizo al pagador del IGAC para realizar los descuentos de ahorros y aportes equivalentes al ___ % de mi remuneración. "Puede aportar entre el 6% mínimo y máximo el 10% del sueldo y/o mesada pensional".

Diligenciar al Respaldo

AHORROS Y APORTES

BENEFICIARIOS DEL ASOCIADO "FEIGAC"

| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | FECHA DE NACIMIENTO DD MM AA | No. IDENTIFICACIÓN | PARENTESCO | % |
|-------------------------------|---------------------------------|--------------------|------------|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

La presente solicitud es la única base para que mis Beneficiarios realicen la Reclamación de los Ahorros y Aportes "Saldos" a mi favor en caso de muerte, dejo constancia que todas las respuestas están ceñidas a la verdad; si posteriormente se comprobare que no están ajustadas a la realidad, el Fondo de Empleados del Instituto Geográfico Agustín Codazzi de sigla FEIGAC, no estará obligado a realizar el pago de los mismos.

En espera de una respuesta favorable a mi solicitud me suscribo,



FIRMA DEL SOLICITANTE
C.C. No.

Huella Índice Derecho

FIRMA Y FECHA DE APROBACIÓN
GERENTE "FEIGAC"
Fecha Autorización:



AUTORIZACION PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

De conformidad con lo definido en la Ley 1581 de 2012, el decreto reglamentario 1377 de 2013, las políticas de tratamiento de datos personales de FEIGAC y las demás normas concordantes, a través de las cuales se establecen disposiciones generales en materia de hábeas data y se regula el tratamiento de la información que contenga datos personales, me permito declarar de manera expresa que:

- Autorizo de manera libre, voluntaria, previa, explícita, e informada a **FEIGAC**, para que en los términos legalmente establecidos realice la recolección, almacenamiento, uso, circulación, supresión y en general, el tratamiento de los datos personales que he procedido a entregar o que entregaré, solo para aquellas finalidades para las que se encuentra facultado y respetando en todo caso, la normatividad vigente sobre protección de datos personales.
- No obstante la presente autorización, me reservo el derecho a ejercer en cualquier momento la posibilidad de conocer, actualizar, rectificar y solicitar la supresión de mis datos personales en la base de datos de la organización, cuando así lo estime conveniente.
- Finalmente, manifiesto conocer que en los casos en que requiera ejercer los derechos anteriormente mencionados, la solicitud respectiva podrá ser elevada a través de los mecanismos dispuestos para tal fin por **FEIGAC**, que corresponden a los siguientes:
 - i) **Página Web** www.feigac.com
 - ii) **Teléfono**: 3694000 extensión 91520.
 - iii) **Correo electrónico**: fondoempleadosigac@gmail.com y feigac@igac.gov.co
 - iv) **Presencial**: Carrera 30 # 48 – 51 Bloque 2 Ofc 003.

Dada a los ____ días del mes de _____ de _____.

Cordialmente,

Nombre
C.C. _____
Teléfono: _____
Dirección: _____

AUTORIZACIÓN PARA LA CONSULTA, REPORTE Y PROCESAMIENTO DE DATOS CREDITICIOS EN LA CENTRAL DE INFORMACIÓN.

En mi calidad de titular de información, actuando libre y voluntariamente, autorizo de manera expresa e irrevocable a **“FEIGAC”**, o a quien represente sus derechos, a consultar, solicitar, suministrar, reportar, procesar y divulgar toda la información que se refiera a mi comportamiento crediticio, financiero, comercial, de servicios y de terceros países de la misma naturaleza a la Central de Información -CIFIN- que administra la Asociación Bancaria y de Entidades Financieras de Colombia, o a quien represente sus derechos.

Conozco que el alcance de esta autorización implica que el comportamiento frente a mis obligaciones será registrado con el objeto de suministrar información suficiente y adecuada al mercado sobre el estado de mis obligaciones financieras, comerciales, crediticias, de servicios y la proveniente de terceros países de la misma naturaleza. En consecuencia, quienes se encuentren afiliados y/o tengan acceso a la Central de Información –CIFIN- podrán conocer esta información, de conformidad con la legislación y jurisprudencia aplicable. La información podrá ser igualmente utilizada para efectos estadísticos.

Mis derechos y obligaciones así como la permanencia de mi información en las bases de datos corresponden a lo determinado por el ordenamiento jurídico aplicable del cual, por ser de carácter público, estoy enterado. Así mismo, manifiesto que conozco el contenido del reglamento de la CIFIN.

En caso de que, en el futuro, el autorizado en este documento efectúe, a favor de un tercero, una venta de cartera o una cesión a cualquier título de las obligaciones a mi cargo, los efectos de la presente autorización se extenderán a éste en los mismos términos y condiciones. Así mismo, autorizo a la Central de Información a que, en su calidad de operador, ponga mi información a disposición de otros operadores nacionales o extranjeros, en los términos que establece la ley, siempre y cuando su objeto sea similar al aquí establecido.”

Nombre: _____

Firma : _____

Documento de identificación del titular de la información: _____

| | | | | | | | | | | | |
|----------|--------------------|-----|-----|-----------------------------|----------------------------------|-----|----------|-----|-----|-----|-----|
| SUCURSAL | FECHA DE SOLICITUD | | | DESDE | | | VIGENCIA | | | | |
| | DÍA | MES | AÑO | NUEVO <input type="radio"/> | RENOVACIÓN <input type="radio"/> | DÍA | MES | AÑO | DÍA | MES | AÑO |

| DATOS DEL CONTRATANTE | | | | | | | | | | |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|---|--|--|--|--------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| TIPO DE DOCUMENTO | CC <input type="radio"/> | CE <input type="radio"/> | NIT <input type="radio"/> | RAZON SOCIAL O NOMBRE (Apellidos y nombres) | | | | NUMERO DE CONTRATO | | TIPO DE PLAN |
| No. | | | | | | | | | INTEGRAL <input type="radio"/> | TRADICIONAL <input type="radio"/> |
| PRODUCTO | | | | | | | | | | |

| DATOS DEL A FILIADO PRINCIPAL | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------|-----|------------------|--------------|-------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| TIPO DE DOCUMENTO | CC <input type="radio"/> | CE <input type="radio"/> | TI <input type="radio"/> | PRIMER APELLIDO | | SEGUNDO APELLIDO | | PRIMER NOMBRE | | SEGUNDO NOMBRE |
| No. | | | | | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO | | | TELÉFONO | | | DIRECCIÓN | | | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO | | | DÍA | MES | AÑO | SEXO | ESTADO CIVIL | | OCUPACIÓN | |
| | | | | | | M | F | VIUDO <input type="radio"/> | SEPARADO <input type="radio"/> | UNION LIBRE <input type="radio"/> |
| | | | | | | | | SOLTERO <input type="radio"/> | CASADO <input type="radio"/> | DIVORCIADO <input type="radio"/> |

| DATOS DEL NÚCLEO FAMILIAR A FILIADO | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|---------------------------|-----------------|------------------|---------------|----------------|---------------------|----|------|------|------------|
| TIPO DOC. | N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | FECHA DE NACIMIENTO | | | EDAD | PARENTESCO |
| | | | | | | DD | MM | AAAA | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

| ADICIONALES | | | | | | | | | | |
|-------------|---------------------------|-----------------|------------------|---------------|----------------|---------------------|----|------|------|------------|
| TIPO DOC. | N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | FECHA DE NACIMIENTO | | | EDAD | PARENTESCO |
| | | | | | | DD | MM | AAAA | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

| CUOTAS | | | | | | | |
|-----------------------|----------------------|-------------------------|-----------------------|----------------------|-------------|-------------------|--|
| EXEQUIAS GR. FAMILIAR | EXEQUIAS ADICIONALES | SOLICANASTA ASEG. PPAL. | SOLICANASTA GR. FLIAR | SEG. ACC. PERSONALES | VALOR TOTAL | MODALIDAD DE PAGO | |
| \$ | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ | | |

OBSERVACIONES

AUTORIZO A DEBITAR O DESCONTAR EL VALOR DE LAS CUOTAS DESCRITAS EN EL ACUERDO DE PAGO DEL PLAN. ESTA AUTORIZACION QUEDA SUJETA A LOS REGLAMENTOS Y CONDICIONES DE LA ENTIDAD QUE REALIZA EL DEBITO O DESCUENTO Y A LAS MODIFICACIONES QUE SE HAGAN EN EL FUTURO DE ELLOS.

VOLUNTARIAMENTE ME ADHIERO A LA PÓLIZA DE VIDA SOLICANASTA Y/O POLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES TOMADO POR LA FUNERARIA

GERENCIA DE PROCESOS Y CALIDAD FORMA PEX-04.1 12-2009

FIRMA Y CEDULA DEL A FILIADO
C.C.

FIRMA DEL ASESOR COMERCIAL
C.C.

FUNERARIA



NIT. 860.524.654-6

- SOLICANASTA - ACCIDENTES PERSONALES -

SOLICITUD SEGURO SOLICANASTA Y/O PÓLIZA ACCIDENTES PERSONALES

VIGENCIA

| | |
|-------------------------------|-------------------------------|
| EMPIEZA A LAS 23:59 HORAS DEL | TERMINA A LAS 23:59 HORAS DEL |
| DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

| DATOS DEL A SEGURO PRINCIPAL | | | | | | | | | | |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------|--|------------------|--|---------------|--|----------------|
| TIPO DE DOCUMENTO | CC <input type="radio"/> | CE <input type="radio"/> | TI <input type="radio"/> | PRIMER APELLIDO | | SEGUNDO APELLIDO | | PRIMER NOMBRE | | SEGUNDO NOMBRE |
| No. | | | | | | | | | | |

| PÓLIZA SEGURO SOLICANASTA - ASEGURADO PRINCIPAL | | | |
|---|----|----------------|----|
| VALOR ASEGURADO | \$ | PAGO INMEDIATO | \$ |
| BONOS CANASTA | | \$ | |

| PÓLIZA SEGURO SOLICANASTA - GRUPO FAMILIAR | | PÓLIZA ACCIDENTES PERSONALES | |
|--|----|------------------------------|----|
| V. A. ASEGURADO PRINCIPAL | \$ | V.A. GRUPO FAMILIAR | \$ |
| V. A. ACCIDENTES PERSONALES | \$ | V.A. AUXILIO EDUCATIVO | \$ |

| DESIGNACION DE BENEFICIARIOS | | | | | | | | | |
|------------------------------|---------------------------|-----------------|------------------|---------------|----------------|------------|----------|--|--|
| TIPO DOC. | N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | PARENTESCO | % DESIG | | |
| | | | | | | | | | |
| | PAGO INMEDIATO | | | | | | | | |
| | PAGO INMEDIATO | | | | | | | | |
| | BONO MENSUAL | | | | | | AFINIDAD | | |

TODOS LOS ESPACIOS DE ESTA SOLICITUD DEBEN QUEDAR DILIGENCIADOS, POR LO TANTO EN AQUELLOS QUE NO TENGA INFORMACIÓN POR FAVOR ESCRIBA N.A (NO APLICA). DECLARO QUE LO ANOTADO EN ESTA SOLICITUD DE SEGUROS ES VERIDICO, POR LO TANTO LA FALSDAD, OMISION, ERROR O LA RETICENCIA EN ELAS, TENDRAN LAS CONSECUENCIAS ESTABLECIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO (ARTICULO 1068 Y 1158 DEL CÓDIGO DE COMERCIO).

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA VIGILADO

FIRMA Y CEDULA DEL ASEGURADO
C.C.

ASEGURADORA



BMI Colombia Compañía de Seguros de Vida S.A.
PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO - SOLICITUD INDIVIDUAL DE SEGURO

Favor diligenciar con letra legible

| | |
|----------------|-----------------|
| TOMADOR | NIT No.: |
|----------------|-----------------|

INFORMACIÓN PERSONAL DEL ASEGURADO PROPUESTO

| | | | | | | | | | | | |
|--|------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|--|--------------------------------------|-----------------------------------|--|--|
| Apellido / Nombre | | | | | | | | | | | |
| Tipo de Identificación | <input type="checkbox"/> T.I. | <input type="checkbox"/> C.C. | <input type="checkbox"/> C.D. | <input type="checkbox"/> C.E. | <input type="checkbox"/> PA | Número | | | | | |
| Género | <input type="checkbox"/> Masculino | <input type="checkbox"/> Femenino | Fecha Nacimiento | | DD | MM | AAAA | Edad | | | |
| Lugar de Nacimiento | | | | | | | Nacionalidad | | | | |
| Dirección | | | | | | | | Ciudad | | | |
| Teléfono fijo | | | | | Teléfono Celular | | | | | | |
| Dirección Correspondencia | | <input type="checkbox"/> Domicilio | <input type="checkbox"/> Otro | | | | | Peso (Kg.) | | | |
| Estatura (en Cms.) | | Estado Civil | | <input type="checkbox"/> Soltero(a) | <input type="checkbox"/> Casado(a) | <input type="checkbox"/> Separado(a) | <input type="checkbox"/> Divorciado(a) | <input type="checkbox"/> Unión Libre | <input type="checkbox"/> Viudo(a) | | |
| Dirección de Correo Electrónico | | | | | | | | | | | |
| Valor Asegurado | | | | | | | | | | | |

BENEFICIARIOS PARA EL SEGURO DE VIDA

| Apellidos | Nombres | No. Identificación | Parentesco | Fecha de Nacimiento | % |
|-----------|---------|--------------------|------------|---------------------|---|
| | | | | DD MM AAAA | |
| | | | | DD MM AAAA | |
| | | | | DD MM AAAA | |
| | | | | DD MM AAAA | |

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD (Marque con una "X" según corresponda)

| | | |
|---|--|-----------------------------|
| 1. Neurológicas, Mentales, Psiquiátricas. | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 2. Pulmonares. | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 3. Cardiovasculares. | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 4. Hipertensión Arterial. | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 5. Gastrointestinales. | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 6. Renales. | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 7. Diabetes. | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 8. Hipertiroidismo. | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 9. Cerebrovasculares. | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 10. SIDA. | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 11. Cáncer | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 12. Drogadicción. | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 13. Tabaquismo. | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 14. Cigarrillos diarios | <input type="checkbox"/> 5 o menos <input type="checkbox"/> 6 a 20 <input type="checkbox"/> 21 o más | |
| 15. Alcoholismo | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 16. Tragos semanales: | <input type="checkbox"/> 5 o menos <input type="checkbox"/> 6 a 20 <input type="checkbox"/> 21 o más | |
| 17. Tiene o ha tenido cualquier enfermedad, lesión o incapacidad no mencionada en el cuestionario anterior? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |

¿Cuál?

En caso de haber contestado afirmativamente alguna de las preguntas anteriores, aportar a continuación información detallada y su respectiva fecha de ocurrencia

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

VIGILADO

Por favor continúe diligenciando el formulario al respaldo



BMI Colombia Compañía de Seguros de Vida S.A.
PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO - SOLICITUD INDIVIDUAL DE SEGURO

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(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 documento, 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.

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 negociación 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 derivadas 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 que las respuestas dadas en la presente solicitud son veraces y ajustadas a la realidad. Así mismo dejo constancia de **MI AUTORIZACIÓN EXPRESA A CONSULTAR MI HISTORIA CLÍNICA** y al uso y **TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES** en los términos arriba informados.

Firma del Asegurado Propuesto

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

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

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@legalcr.com

BMISegurosColombia