



1. ASEGURADO(S) PROPUESTO(S)

(a) TITULAR – Apellidos/Nombres		Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Fecha de Nacimiento Mes Día Año ____/____/____			Edad _____
_____/_____							
Lugar de Nacimiento	Estatura Mts./Cms. Pies/Pulgadas		Peso Kgs. Lbs.		Cédula de Identidad		
_____	_____		_____		_____		
(b) CÓNYUGE – Apellidos/Nombres		Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Fecha de Nacimiento Mes Día Año ____/____/____			Edad _____
_____/_____							
Lugar de Nacimiento	Estatura Mts./Cms. Pies/Pulgadas		Peso Kgs. Lbs.		Cédula de Identidad		
_____	_____		_____		_____		
1.1 HIJOS							
(a) Apellidos/Nombres		Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Fecha de Nacimiento Mes Día Año ____/____/____			Edad _____
_____/_____							
Lugar de Nacimiento	Estatura Mts./Cms. Pies/Pulgadas		Peso Kgs. Lbs.		Cédula de Identidad		
_____	_____		_____		_____		
(b) Apellidos/Nombres		Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Fecha de Nacimiento Mes Día Año ____/____/____			Edad _____
_____/_____							
Lugar de Nacimiento	Estatura Mts./Cms. Pies/Pulgadas		Peso Kgs. Lbs.		Cédula de Identidad		
_____	_____		_____		_____		
(c) Apellidos/Nombres		Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Fecha de Nacimiento Mes Día Año ____/____/____			Edad _____
_____/_____							
Lugar de Nacimiento	Estatura Mts./Cms. Pies/Pulgadas		Peso Kgs. Lbs.		Cédula de Identidad		
_____	_____		_____		_____		

2. ENVÍO DE CORRESPONDENCIA

Residencia Laboral Otra Tiempo en la dirección actual _____

Dirección Residencia (/Ciudad/País/)

Dirección Negocio (Ciudad/País/Código Postal)

Otra Dirección (/Ciudad/País/Código Postal)

Dirección de Correo Electrónico _____

Números de Teléfono: Residencia _____ Negocio _____ Celular _____



3. EMPLEADOR

Nombre de la Compañía _____ Ocupación _____

4. PLANES

MERIDIAN II AZURE PLUS IDEAL

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

Transportación Aérea de Emergencia Médica/Asistencia en Viaje

Cobertura Máxima por Asegurado (US\$ 2.000.000; disponible solo para el Plan Ideal)

OTRO

Plan _____ Deducible _____

5. ADITAMENTOS AL SEGURO DE SALUD

(A) SEGURO DE VIDA A TÉRMINO

TITULAR: US\$ 30,000 US\$ 50,000

BENEFICIARIOS

Primario(s)	Parentesco	%	Contingente(s)	Parentesco	%
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

CÓNYUGE: US\$ 30,000 US\$ 50,000

BENEFICIARIOS

Primario(s)	Parentesco	%	Contingente(s)	Parentesco	%
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

6. PRIMAS

FORMA DE PAGO

Titular US\$ _____
Cónyuge US\$ _____
Hijos US\$ _____

Anual US\$ _____
 Semestral US\$ _____
 Trimestral US\$ _____
 Mensual US\$ _____

Derecho de emisión* US\$ _____

TOTAL US\$ _____

* El derecho de emisión es por póliza, no es reembolsable y debe ser remitido con la solicitud.

7. 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 les 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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. INFORMACIÓN ADICIONAL RESPECTO A TODOS LOS SOLICITANTES

¿Padecen ustedes, 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 cardíaco, ataques cardíacos y otras enfermedades o desórdenes del corazón o sistema circulatorio? b.1. ¿Qué tipo de dolor ha tenido? <input type="checkbox"/> Opresivo <input type="checkbox"/> Punzante b.2. ¿Consultó al doctor por esa causa? b.3. ¿Tomó algún tipo de medicamento para dicho dolor? b.4. ¿Cuál? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ¿Desmayos, epilepsia, convulsiones, lesiones en la cabeza, jaquecas u otras enfermedades o desórdenes del cerebro o del sistema nervioso o trastorno mental? 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"/>



9. FAVOR DAR DETALLES A LAS RESPUESTAS AFIRMATIVAS DE LAS PREGUNTAS 7 Y 8

Nombre de la(s) persona(s)/ Número de la pregunta	Condición y Complicaciones	Fecha en que comenzó (Mes/Año)	Duración	Nombre y Dirección de médicos y hospitales
_____	_____	____/____	_____	_____
_____	_____	____/____	_____	_____
_____	_____	____/____	_____	_____
_____	_____	____/____	_____	_____
_____	_____	____/____	_____	_____
_____	_____	____/____	_____	_____
_____	_____	____/____	_____	_____
_____	_____	____/____	_____	_____

10. NOMBRE Y DIRECCIÓN DE SUS MÉDICOS Y ESPECIALISTAS

11. 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)						

12. 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\$	

13. ¿INTENTA REPLAZAR CON ESTE SEGURO ALGUNA PÓLIZA DE SALUD O DE VIDA CON ÉSTA U OTRA COMPAÑÍA?

SÍ NO

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CONDICIONES PRE-EXISTENTES NO ESTÁN CUBIERTAS SEGÚN SE DEFINEN EN LA PÓLIZA O EN CUALQUIER ENMIENDA A LA MISMA**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 o institución prestadora de servicios 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.
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.

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 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.

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

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.

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: _____

Firma del Agente _____

Firma del Asegurado Propuesto _____

Firma del Titular de Póliza _____



Huella Índice
Derecho



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 #84A-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 C.C. C.E. NIT Pasaporte Carné de Cancillería Número de Documento _____

Nombre Titular de la Cuenta _____

Tipo de Cuenta Ahorro Corriente Tarjeta de Crédito Visa Mastercard
 Diners Amex

Número de Cuenta o TC _____ Entidad Financiera _____

Número de Cuotas _____

Firma Titular de la Cuenta

Número de Documento

Huella Índice
Derecho



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.

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.


Firma del Solicitante de la Póliza

Nombre del Solicitante

 _____

Firma del Agente

 _____



VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA