

Plan Support Plan Serie 3000 Plan Meridian II Plan Azure Plan Ideal

## 1. Información Personal del Titular Propuesto

Primer Apellido: \_\_\_\_\_ Tipo de Identificación: Cédula  Pasaporte

Segundo Apellido: \_\_\_\_\_ Número de Identificación: \_\_\_\_\_

Nombre(s): \_\_\_\_\_

Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Día mes año

Sexo: F  M  Estado Civil: Soltero  Divorciado  Viudo  Casado  U/Libre

Estatura: m.  cm.  \_\_\_\_\_ Peso: Kg.  Lb.  \_\_\_\_\_

Dirección de Residencia:

Calle Principal, Número, Transversal, Barrio/Sector y Cantón

Provincia

Ciudad

País

Teléfonos:

Domicilio

Celular

Correo Electrónico

## Información del Cónyuge o de la Unión de Hecho del Titular Propuesto

Primer Apellido: \_\_\_\_\_ Segundo Apellido: \_\_\_\_\_

Nombre(s): \_\_\_\_\_

Tipo de Identificación: Cédula  Pasaporte  Número de Identificación: \_\_\_\_\_

## 2. Actividad Económica del Titular Propuesto

Es usted: Empleado Privado  Empleado Público  Negocio Propio  Jubilado  Estudiante  Quehaceres Domésticos

Nombre o Razón Social: \_\_\_\_\_

Actividad Económica Principal: \_\_\_\_\_

Años en este empleo o actividad: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

## 2. Actividad Económica del Titular Propuesto

Dirección de Oficina

Calle Principal, Número, Transversal, Barrio/Sector y Cantón

Provincia

Ciudad

País

Teléfonos:

Oficina

Celular

Correo Electrónico

### Información Financiera:

Ingresos mensuales generados por su actividad económica principal:

(+)  USD

Otros ingresos mensuales diferentes a los originados por la actividad económica principal\*:

(+)  USD

Fuente de otros ingresos diferente de la actividad económica principal: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Total de ingresos mensuales:

(=)  USD

Total de egresos mensuales:

(=)  USD

Situación Financiera:

Total Activos  USD

Total Pasivos  USD

## 3. Dependiente(s) Propuesto(s)

### DEPENDIENTE 1:

Primer Apellido: \_\_\_\_\_

Tipo de Identificación:

Cédula

Pasaporte

Segundo Apellido: \_\_\_\_\_

Número de Identificación:

\_\_\_\_\_

Nombre(s): \_\_\_\_\_

Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Día mes año

Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Parentesco con el Titular Propuesto: \_\_\_\_\_

Sexo: F  M  Estatura: m.  cm.  \_\_\_\_\_ Peso: Kg.  Lb.  \_\_\_\_\_

### 3. Dependiente(s) Propuesto(s)

#### DEPENDIENTE 2:

Primer Apellido: \_\_\_\_\_ Tipo de Identificación: Cédula  Pasaporte   
Segundo Apellido: \_\_\_\_\_ Número de Identificación: \_\_\_\_\_  
Nombre(s): \_\_\_\_\_  
Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Día mes año  
Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Parentesco con el Titular Propuesto: \_\_\_\_\_  
Sexo: F  M  Estatura: m.  cm.  \_\_\_\_\_ Peso: Kg.  Lb.  \_\_\_\_\_

#### DEPENDIENTE 3:

Primer Apellido: \_\_\_\_\_ Tipo de Identificación: Cédula  Pasaporte   
Segundo Apellido: \_\_\_\_\_ Número de Identificación: \_\_\_\_\_  
Nombre(s): \_\_\_\_\_  
Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Día mes año  
Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Parentesco con el Titular Propuesto: \_\_\_\_\_  
Sexo: F  M  Estatura: m.  cm.  \_\_\_\_\_ Peso: Kg.  Lb.  \_\_\_\_\_

#### DEPENDIENTE 4:

Primer Apellido: \_\_\_\_\_ Tipo de Identificación: Cédula  Pasaporte   
Segundo Apellido: \_\_\_\_\_ Número de Identificación: \_\_\_\_\_  
Nombre(s): \_\_\_\_\_  
Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Día mes año  
Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Parentesco con el Titular Propuesto: \_\_\_\_\_  
Sexo: F  M  Estatura: m.  cm.  \_\_\_\_\_ Peso: Kg.  Lb.  \_\_\_\_\_

#### DEPENDIENTE 5:

Primer Apellido: \_\_\_\_\_ Tipo de Identificación: Cédula  Pasaporte   
Segundo Apellido: \_\_\_\_\_ Número de Identificación: \_\_\_\_\_  
Nombre(s): \_\_\_\_\_  
Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Día mes año  
Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Parentesco con el Titular Propuesto: \_\_\_\_\_  
Sexo: F  M  Estatura: m.  cm.  \_\_\_\_\_ Peso: Kg.  Lb.  \_\_\_\_\_

### 3. Dependiente(s) Propuesto(s)

#### DEPENDIENTE 6:

Primer Apellido: \_\_\_\_\_ Tipo de Identificación: Cédula  Pasaporte

Segundo Apellido: \_\_\_\_\_ Número de Identificación: \_\_\_\_\_

Nombre(s): \_\_\_\_\_

Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Día mes año

Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Parentesco con el Titular Propuesto: \_\_\_\_\_

Sexo: F  M  Estatura: m.  cm.  \_\_\_\_\_ Peso: Kg.  Lb.  \_\_\_\_\_

En caso de superar el número de Dependientes Propuestos que constan en esta solicitud, por favor completar la información faltante en la sección Dependiente(s) Propuesto(s) de un formulario adicional de Solicitud de Seguro de Asistencia Médica.

### 4. Información de Discapacidad

Completar si alguna de las personas incluidas en esta solicitud tiene algún tipo de discapacidad calificada por la Autoridad Sanitaria Nacional:

- a) Nombre de la persona con discapacidad: \_\_\_\_\_  
Favor detallar los diagnósticos que causaron la discapacidad \_\_\_\_\_
- b) Nombre de la persona con discapacidad: \_\_\_\_\_  
Favor detallar los diagnósticos que causaron la discapacidad \_\_\_\_\_
- c) Nombre de la persona con discapacidad: \_\_\_\_\_  
Favor detallar los diagnósticos que causaron la discapacidad \_\_\_\_\_
- d) Nombre de la persona con discapacidad: \_\_\_\_\_  
Favor detallar los diagnósticos que causaron la discapacidad \_\_\_\_\_
- e) Nombre de la persona con discapacidad: \_\_\_\_\_  
Favor detallar los diagnósticos que causaron la discapacidad \_\_\_\_\_

Favor adjuntar copia del carné de persona con discapacidad emitida por la Autoridad Sanitaria Nacional.

## Historial Médico

### 5. Condiciones Médicas Respecto a todos los solicitantes (Titular y Dependientes Propuestos)

¿Padecen ustedes, han padecido, están bajo tratamiento, conocen y han sido diagnosticados de alguna de las siguientes enfermedades o desórdenes?

SI    NO

- a. ¿Asma, enfisema, bronquitis u otras enfermedades o desórdenes de sistema respiratorio? \_\_\_\_\_
  - b. ¿Dolores en el pecho, hipertensión arterial, fiebre reumática, soplo cardíaco, ataques cardíacos y otras enfermedades o desórdenes del corazón o circulatorios? \_\_\_\_\_
  - c. ¿Desmayos, epilepsia, convulsiones, lesiones en la cabeza, jaquecas u otras enfermedades o desórdenes del cerebro, del sistema nervioso o trastorno mental? ¿Ha visitado un psicólogo o siquiatra? \_\_\_\_\_
  - d. ¿Enfermedades o desórdenes de los riñones, vejiga o próstata, enfermedades venéreas o sangre en la orina? \_\_\_\_\_
  - e. ¿Enfermedades o desórdenes de la piel, de los ganglios linfáticos o quistes? \_\_\_\_\_
  - f. ¿Diabetes, desórdenes de tiroides, gota u otro trastorno endócrino? \_\_\_\_\_
  - g. ¿Hemorragia intestinal, úlcera, hernia, apendicitis, colitis, diverticulitis, hemorroides, indigestión recurrente u otro desorden del estómago, intestinos, hígado (Ictericia), páncreas o vesícula biliar? \_\_\_\_\_
  - h. ¿Algunas enfermedades o desórdenes de los músculos, huesos, incluyendo la columna vertebral, la espalda y las articulaciones? \_\_\_\_\_
  - i. ¿Algunas enfermedades o desórdenes de los ojos, oídos, nariz o garganta? \_\_\_\_\_
  - j. ¿Alergias, anemia u otro desorden sanguíneo? \_\_\_\_\_
  - k. ¿Trastornos de útero, ovarios, senos u otros desórdenes ginecológicos? \_\_\_\_\_
  - l. ¿Algunas enfermedades o desórdenes de los órganos reproductivos? \_\_\_\_\_
  - m. ¿Otras enfermedades, lesiones, operaciones, deformidades, o amputación? \_\_\_\_\_
  - n. ¿Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o Síndrome complejo relacionado al SIDA (SCRS)? \_\_\_\_\_
  - ñ. ¿Cáncer o tumores de cualquier otra clase? \_\_\_\_\_
  - o. ¿Se les ha aconsejado alguna prueba diagnóstica, hospitalización o cirugía que no se ha llevado a cabo? \_\_\_\_\_
  - p. Además de lo arriba mencionado, ¿Ha sido diagnosticado de cualquier condición médica consecuente de enfermedad y/o accidente, que haya requerido de hospitalización, tratamiento médico y/o exámenes médicos y/o medicamentos con anterioridad a la presente fecha? \_\_\_\_\_
  - q. Mujeres: ¿Se encuentra Ud. en estado de gestación? \_\_\_\_\_
  - r. El Titular o Dependiente(s) Propuesto(s) se ha(n) realizado alguna prueba relacionada a COVID-19?. (Prueba Rápida, Prueba Cuantitativa y/o Cualitativa y/o cualquier otra). \_\_\_\_\_
- r.1 Si la respuesta es afirmativa, el resultado de la prueba fué: \_\_\_\_\_ Positivo  Negativo

### 6. Favor Proporcionar Detalles de las respuestas afirmativas a las preguntas de la sección 5.

Literal de pregunta	Nombre del Titular Propuesto / Dependiente Propuesto	Diagnóstico / Detalle:	Desde: ____ / ____ / ____	Hasta: ____ / ____ / ____

Tratamiento, exámenes realizados y resultados:

Estado Actual:

## 6. Favor Proporcionar Detalles de las respuestas afirmativas a las preguntas de la sección 5.

Literal de pregunta	Nombre del Titular Propuesto / Dependiente Propuesto	Diagnóstico / Detalle:	Desde: / /	Hasta: / /

Tratamiento, exámenes realizados y resultados:

Estado Actual:

Literal de pregunta	Nombre del Titular Propuesto / Dependiente Propuesto	Diagnóstico / Detalle:	Desde: / /	Hasta: / /

Tratamiento, exámenes realizados y resultados:

Estado Actual:

Literal de pregunta	Nombre del Titular Propuesto / Dependiente Propuesto	Diagnóstico / Detalle:	Desde: / /	Hasta: / /

Tratamiento, exámenes realizados y resultados:

Estado Actual:

Literal de pregunta	Nombre del Titular Propuesto / Dependiente Propuesto	Diagnóstico / Detalle:	Desde: / /	Hasta: / /

Tratamiento, exámenes realizados y resultados:

Estado Actual:

Literal de pregunta	Nombre del Titular Propuesto / Dependiente Propuesto	Diagnóstico / Detalle:	Desde: / /	Hasta: / /

Tratamiento, exámenes realizados y resultados:

Estado Actual:

Literal de pregunta	Nombre del Titular Propuesto / Dependiente Propuesto	Diagnóstico / Detalle:	Desde: / /	Hasta: / /

Tratamiento, exámenes realizados y resultados:

Estado Actual:

## 7. Seguro de Vida o Salud que los Solicitantes tengan en vigor

SALUD

VIDA

NINGUNO

## 8. Datos para la Emisión de Factura

Razón Social: \_\_\_\_\_ Tipo de Identificación: Cédula  RUC   
Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ Número de Identificación: \_\_\_\_\_  
Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
Relación:  
Padre  Madre  Hijo  Empleador  Cónyuge  Otro

## 9. Datos Bancarios para reembolso de gastos médicos a través de transferencia bancaria

Solicito a BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. que el reembolso que se genere de gastos médicos cubiertos se realice mediante transferencia bancaria a la siguiente cuenta:

Tipo de Cuenta: Ahorros  Corriente  Banco \_\_\_\_\_ Cuenta No. \_\_\_\_\_

Observación: La cuenta debe ser exclusivamente del Titular Propuesto, no puede pertenecer a terceros.

## 10. Declaración de Persona Expuesta Políticamente

Usted desempeña o ha desempeñado funciones públicas a partir del 5to grado determinado en la "Escala de remuneración mensual unificada del nivel jerárquico superior" del Ministerio del Trabajo en el último año, (Ej: Presidente, Vicepresidente, Ministro, Secretario Nacional, Director, General / Coronel Fuerzas Armadas / Policía, autoridades de control, entre otras); o que sin ocupar un cargo público tiene injerencia política a nivel nacional o internacional.

SI  NO

Si su respuesta es Si, por favor llene la siguiente información:

Cargo: \_\_\_\_\_ Institución: \_\_\_\_\_ Tiempo de Servicio: \_\_\_\_\_

Indique si su cónyuge, parientes o colaboradores cercanos hasta el segundo grado de consanguinidad y primero de afinidad (Ej: abuelos, padres, hijos, hermanos, suegros, cuñados), desempeña o ha desempeñado en el último año alguna de las funciones públicas mencionadas en el párrafo anterior.

Si su respuesta es Si, por favor llene la siguiente información: SI  NO

Nombres y Apellidos:	Cédula:
Cargo	Institución
Tiempo de Servicio	Relación con el Titular Propuesto

## 10. Declaración de Persona Expuesta Políticamente

Nombres y Apellidos:	Cédula:
Cargo	Institución
Tiempo de Servicio	Relación con el Titular Propuesto

## 11. Autorizaciones

1 - Ningún historial médico existente sustituye mi obligación de contestar con veracidad las preguntas sobre mi historial médico en la presente solicitud. La información que se detalla en esta solicitud es importante y necesaria para la declaración de preexistencias del Titular Propuesto y de los Dependientes Propuestos. La falta de veracidad u omisión liberarán a BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. del cumplimiento de sus obligaciones. BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. considerará esta declaración como la única para la evaluación de mi solicitud y las condiciones de la emisión de la Póliza. El Titular Propuesto tiene el deber absoluto de proveer la información veraz, sin importar cualquier declaración a lo contrario hecha por el agente. La falsedad y/o reticencia en la información proporcionada por el Titular Propuesto, será causal para que BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. no tramite, anule, no renueve el contrato de seguro o limite los beneficios de esta Póliza.

2 - BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. tendrá derecho a obtener toda la información que considere necesaria, pero no limitado a exámenes o tratamientos médicos realizados, o que en el futuro se practiquen a las personas objeto de la póliza solicitada. De igual forma autorizo que se obtenga de cualquier médico, prestador de salud, aseguradoras, empresas de medicina prepagada nacionales o extranjeras, información sobre exámenes, tratamientos, diagnósticos, antecedentes médicos, etc. Cualquier acción por parte del Titular Propuesto y/o Dependientes Propuestos o sus médicos que busquen obstaculizar la liberación de la información solicitada, hará cesar toda responsabilidad de parte de BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A.

3 - Autorizo a BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A., utilizar canales de notificación y/o comunicación electrónica, call center, celular o cualquier mecanismo que guarde información en medios magnéticos o digitales en cualquier lugar y que registre la expresión de la voluntad de las partes. Esto incluye recibir información o notificaciones por cualquier medio incluyendo medios electrónicos.

4 - Siendo conocedor de las disposiciones legales para la Prevención, Detección y Erradicación del Delito de Lavado de Activos y Financiamiento de Delitos, autorizo a BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. a realizar el análisis y las verificaciones que considere necesarias para corroborar la licitud de fondos comprendidos en la Póliza de seguro; así como autorizo expresa, voluntaria e irrevocablemente a todas las personas naturales o jurídicas de derecho público o privado a facilitar a BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. toda la información que ésta les requiera, así como solicitar documentación adicional para identificar plenamente al cliente en cumplimiento de la política "Conozca a su Cliente" requerida por la Superintendencia de Compañías Valores y Seguros. Inclusive autorizo anticipadamente el levantamiento de sigilo o velo bancario en caso de ser necesario, incluido la revisión de los buró de crédito sobre la información de riesgos crediticios.

5 - Autorizo expresamente a BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. para que a solicitud de autoridad del país o aquellos con los que hubieren acuerdos de cooperación internacional lo que incluye organismos internacionales que entre sus actividades tengan la prevención de lavado de activos o actividades de financiamiento de terrorismo o actividades ilícitas, entregar información requerida lo que puede incluir datos personales. De igual forma, declaro que he leído y estoy familiarizado con la Política de Privacidad de BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A., disponible en: <https://clientes.bmi.com.ec/politicas-bmi-del-ecuador/>, que declaro conocer y estar de acuerdo.

6 - Estas autorizaciones serán válidas mientras la póliza se mantenga vigente y una copia de la misma se considerará tan válida como la original.



## 12. Declaraciones

- 1 - Esta solicitud, debidamente completada, pasará a formar parte de la Póliza de Seguro de Asistencia Médica emitida como consecuencia de esta solicitud.
- 2 - Declaro que todos los datos proporcionados en la presente solicitud, que servirán de base para el estudio del riesgo propuesto, son verídicos.
- 3 - Declaro que la información contenida en esta solicitud es verdadera, completa y proporcionada de modo fidedigno y actualizado. Además declaro conocer y aceptar que es mi obligación actualizar anualmente la información, así como el comunicar y documentar de manera inmediata a BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. cualquier cambio en la situación de riesgo asumido y la información que hubiese proporcionado, en caso de no actualizar la información será porque esta no se ha modificado por lo que la actual sigue vigente. Durante la vigencia de la relación con BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A., me comprometo a proveer la documentación e información que me sea solicitada.
- IMPORTANTE: No se podrán suscribir pólizas al portador, con nombres incompletos, falsos o bajo cualquier otra modalidad que encubra la identidad del solicitante de la Póliza, Titular Propuesto y/o Dependientes Propuestos.
- 4 - Conocedor(a) de las penas de perjurio declaro bajo juramento que el origen de los valores cancelados a BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A., por la(s) póliza(s) son y provienen de actividades lícitas. Así mismo, el pago de cualquier tipo de indemnización será utilizado de forma lícita. Declaro que la información antes detallada es de absoluta responsabilidad de quien suscribe este documento.

## 13. Firma

Como constancia de haber leído y entendido, acepto el contenido de la presente solicitud y declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes, por lo que me obligo a presentar toda la documentación que demuestre mis declaraciones y firmo el presente documento en señal de comprensión, aceptación y conformidad de su contenido. La información proporcionada en este documento será de estricta confidencialidad, que será utilizada por BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. para la emisión de Pólizas de seguro.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Lugar día mes año

\_\_\_\_\_  
Firma del Titular Propuesto

\_\_\_\_\_  
Firma del Cónyuge (si está asegurado (a))

## 14. Datos de la Agencia/Agente de Seguros

Declaro haber gestionado la presente solicitud y todos los documentos habilitantes requeridos por la Aseguradora.

Nombre del Ejecutivo/Agente: \_\_\_\_\_

Correo del Ejecutivo/Agente: \_\_\_\_\_

Nombres de la Agencia/Agente de Seguros: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Ejecutivo/Agente

## 15. Documentos adjuntos requeridos

Copia legible del documento de identificación del Titular Propuesto y Dependientes Propuestos \_\_\_\_\_

Copia de un recibo de servicio básico del Titular Propuesto (agua, luz, teléfono, internet / dirección registrada en la solicitud) \_\_\_\_\_

La información proporcionada en este documento será de estricta confidencialidad, misma que será utilizada por BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A para la emisión de Pólizas.

El Solicitante y/o Titular Propuesto podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la Verificación de éste texto.  
NOTA: La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó a la presente Solicitud el número de registro 53848, el 07 de septiembre del 2021

Ciudad: \_\_\_\_\_ Fecha: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_  
(Nombre de pagador)

por medio de la presente, solicito a usted ordenar a quién corresponda, se debite de mi:

Tarjeta de Crédito        

Cuenta Corriente

Cuenta de Ahorros

N° de tarjeta o cuenta: \_\_\_\_\_ F. de Vencimiento Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

el valor de: \_\_\_\_\_ **USD.**

Banco Emisor: \_\_\_\_\_

con la frecuencia de pago: Mensual  Trimestral  Semestral  Anual

por el pago de primas de Pólizas y las primas que ajuste o fije en el futuro BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. por primas adicionales, recurrentes con ocasión de la renovación. En caso que me encontrare en mora de una o más primas, autorizo a debitar el valor total de lo vencido hasta la cancelación total o hasta encontrarme al día en los pagos.

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Autorizo a BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A., utilizar canales de notificación y/o comunicación electrónica, call center, celular o cualquier mecanismo que guarde información en medios magnéticos o digitales, en cualquier lugar y que registre la expresión de la voluntad de las partes. Esto incluye recibir información o notificaciones por cualquier medio incluyendo medios electrónicos.

Solamente el personal autorizado de BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A., tendrá la potestad de completar los espacios en blanco en la presente autorización de débito o aclarar información, los cuales tendrán que ser autorizados mediante cualquiera de los mecanismos de notificación y/o comunicación antes mencionados y quedarán debidamente registrados.

La presente autorización se mantendrá vigente, salvo que mediare una comunicación hecha previamente por parte del pagador a BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A., con 30 días de anticipación a la fecha de vencimiento de la obligación de pago, de lo contrario se entenderá vigente la orden de cargo expresada por los servicios antes determinados, inclusive en las posteriores renovaciones de la misma.

Conocedor de las penas de perjurio declaro bajo juramento que el origen de los valores cancelados a BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. por la(s) Póliza(s) son y provienen de actividades lícitas. Así mismo, el pago de cualquier tipo de indemnización será utilizado de forma lícita.

Eximo al banco/emisor de la tarjeta de crédito de cualquier responsabilidad por los valores reportados por BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A., por lo cuál desde ya renuncio a cualquier reclamación y a iniciar cualquier orden legal en contra de la indicada institución, la misma que no requiera de otro instrumento para procesar los débitos en mi cuenta. Reconozco que la vigencia de la respectiva Póliza de seguro está ligada al pago oportuno de las primas respectivas, en los términos previstos en la Póliza.

Así mismo, expresamente me obligo a no revocar la presente autorización sin el previo consentimiento por escrito de BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A., por lo que libero de toda responsabilidad al banco/emisor de tarjeta de crédito, por los débitos o cargos efectuados con base a la presente autorización.

Estoy de acuerdo con el precio total estipulado por la prestación de la Póliza, las primas que ajuste o fije en el futuro BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A.; al igual autorizo que por este medio se debiten las Notas de Cobranza.

Conozco y entendí el servicio ofrecido, periodo de cobertura de la Póliza, periodicidad y forma de pago detalladas en la presente autorización de débito.

Atentamente,

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente

C.C. / RUC \_\_\_\_\_

N° de Póliza \_\_\_\_\_

RE-208-002

Rev. 2022. V.01

**QUITO:** Calle Suecia y Av. De los Shyris Edif. Plaza Renazzo Planta Baja. PBX: 2941-400 - Fax: 2941-400  
**GUAYAQUIL:** Parque Empresarial Colón. Av. Jaime Roldós Aguilera Edif. Pacífica Center 3 y 4, Piso 1 PBX: 3717-600  
**CUENCA:** Autopista Cuenca Azogues Edif. Cardeca Business Center. PBX: 4135-520