

## 1. Información del Solicitante - Persona Natural Diferente al Asegurado Propuesto

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

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

Lugar y Fecha de Nacimiento (dd/mm/aa) \_\_\_\_\_ Estatura (m): \_\_\_\_\_ Peso (kg): \_\_\_\_\_

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

Dirección de Residencia:

Calle Principal		Número	Transversal		
Barrio/Sector	Provincia	Cantón	Ciudad	País	

Teléfonos:

Domicilio	Celular	Correo Electrónico
-----------	---------	--------------------

¿Se considera una Persona Políticamente Expuesta? SI  NO   
 Si su respuesta es afirmativa por favor llenar la declaración sobre la condición de persona expuesta políticamente.

JB-2012-2147 Persona Políticamente Expuesta: quien desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en el país o en el exterior: cónyuge, conviviente o parientes que tengan hasta el segundo grado de consanguinidad o primero de afinidad, o que sea colaborador cercano de una persona políticamente expuesta.

## Información del Cónyuge o de la Unión de Hecho del Solicitante Persona Natural

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

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

## 2. Actividad Económica del Solicitante - Persona Natural Diferente al Asegurado 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: \_\_\_\_\_

Dirección de Comercial

Calle Principal		Número	Transversal		
Barrio/Sector	Provincia	Cantón	Ciudad	País	

Teléfonos:

Comercial	Celular	Correo Electrónico
-----------	---------	--------------------

## 2. Actividad Económica del Solicitante – Persona Natural Diferente al Asegurado Propuesto

### Información Financiera del Solicitante:

Total ingresos mensuales generados por su actividad económica principal: (+)  USD

Total egresos mensuales generados por su actividad económica principal: (+)  USD

En caso de tener ingresos diferentes a los originados por la actividad económica principal indicar:

Otros ingresos Total ingresos mensuales:  USD

Fuente: \_\_\_\_\_

Situación Financiera:

Total Activos  USD

Total Pasivos  USD

¿Posee cuentas en el exterior? SI  NO  País: \_\_\_\_\_

### 3. Datos de Vinculación

a) El vínculo existente entre el solicitante y el Asegurado Propuesto es:

Familiar  Comercial  Laboral  Ninguno  Otro (Especifique) \_\_\_\_\_

### 4. Referencias

#### Referencias Personales

#### Referencias Comerciales

#### Referencias Bancarias/Tarjeta de Crédito

Nombre	Parentesco	Telf	Entidad	Monto	Telf	Institución Financiera	Tipo

### 5. Justificación por la falta de Información y/o documentos

## 6. Declaración

### ENTREGA DE FONDOS:

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 (las) póliza(s), son y provienen de actividades lícitas. Así mismo declaro que la información detallada es de absoluta responsabilidad de quien suscribe este documento.

### AUTORIZACIÓN:

Conocedor (a) de las disposiciones legales, entre las que se encuentran la "LEY DE PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y ERRADICACIÓN DEL DELITO DE LAVADO DE ACTIVOS Y DEL FINANCIAMIENTO DE DELITOS", autorizo expresamente a BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. a realizar los análisis, reportes y verificaciones que considere necesarios, así como a las autoridades. En consecuencia, renuncio a instaurar por este motivo cualquier tipo de acción civil, penal o administrativa en contra de BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A.

### 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, asegurado(s), o beneficiario(s).

En los casos que BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. considere necesario solicitará documentación adicional para identificar plenamente al cliente, en cumplimiento de la política "Conozca a su Cliente", la normativa vigente de la Superintendencia de Bancos y Seguros y la Ley de Prevención, Detección y Erradicación del Delito de Lavado de Activos y del Financiamiento de Delitos.

Fecha: (ciudad) \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Contratante de la Póliza

\_\_\_\_\_  
Firma del Agente

Nombre del Asesor Comercial del Agente \_\_\_\_\_

## 7. Requisitos

- a) Copia a color del documento de identificación y papeleta de votación del solicitante. \_\_\_\_\_
- b) Copia de un recibo de servicio básico del solicitante: agua, luz o teléfono, debe corresponder a uno de los 3 últimos meses anteriores a la fecha de la presente solicitud. \_\_\_\_\_
- c) Copia del RUC si es independiente. \_\_\_\_\_
- d) Copia a color del documento de identificación y papeleta de votación del cónyuge del solicitante. \_\_\_\_\_
- e) Copia del pago del Impuesto a la Renta del año anterior (o confirmación del pago generado de la página del SRI). \_\_\_\_\_

## 8. Para uso interno de BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A.

Proceso de Emisión

Proceso de Renovación

Nombre del Asesor Comercial de BMI que realizó el proceso: \_\_\_\_\_

Revisión de Listas: SI  NO

Comentario sobre la revisión de listas: \_\_\_\_\_

Nombre del Ejecutivo de BMI que realizó la revisión de las listas: \_\_\_\_\_

Lugar \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Asesor Comercial

\_\_\_\_\_  
Firma del Ejecutivo

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.