

Titular: _____

1. Información Personal del Asegurado

Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____

Nombre(s): _____ Nacionalidad: _____

Tipo de Identificación: Cédula Pasaporte Número de Identificación: _____

Lugar de Nacimiento: _____ Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____
día mes año

Sexo: F M Estado Civil: Soltero Divorciado Viudo Casado Unión de hecho

Estatura: m. cm. _____ Peso: Kg. Lb. _____

Fecha ingreso empresa _____ / _____ / _____
Día mes año

Dirección de Residencia:

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

Provincia	Ciudad	País
-----------	--------	------

Teléfonos:

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

Información para el Reembolso de Gastos Médicos

Banco _____ Tipo de cuenta Ahorros Corriente Número de cuenta _____

2. Dependientes para incluir en el seguro de asistencia médica

Apellidos		Nombres	Cédula de Identidad	Fecha de nacimiento			Parentesco
Paterno	Materno			Día	Mes	Año	

2. Dependientes para incluir en el seguro de asistencia médica

Apellidos		Nombres	Cédula de Identidad	Fecha de nacimiento			Parentesco
Paterno	Materno			Día	Mes	Año	

3. Declaración de salud

¿Ha sido diagnosticado usted o alguno de sus dependientes al asegurarse con alguna de las siguientes enfermedades, están recibiendo tratamiento actualmente o han recibido alguna vez tratamiento?

	Si	No
1. Cualquier desorden neurológico, respiratorio, gastrointestinal, endocrinológico o genitourinario; diabetes, hipertensión, trastornos de las arterias coronarias, problemas cardíacos o del sistema cardíaco de conducción, trastornos del sistema circulatorio, del sistema cardiovascular o los vasos sanguíneos, desorden de la sangre, problemas de la columna vertebral y/o los discos intervertebrales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Cualquier tipo de quistes, tumores o cáncer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Síndrome de inmunodeficiencia adquirida o complejo relacionado con el SIDA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Se le ha aconsejado alguna prueba diagnóstica, hospitalización o cirugía que no se ha llevado a cabo; o han sido pacientes de un hospital, clínica, sanatorio u otra institución médica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Le han rechazado o aceptado en condiciones especiales alguna solicitud para póliza de salud, vida o accidente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Está embarazada actualmente? (Asegurada, cónyuge o compañera en unión de hecho) El beneficio de maternidad es sólo para la Asegurada, cónyuge o compañera en unión de hecho del Asegurado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Ha sido diagnosticado de cualquier otra enfermedad o accidente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Detalle de respuestas afirmativas

Nombre de la persona	Fecha de diagnóstico	Diagnóstico y tratamiento	Lugar del tratamiento	Médico que aplicó el tratamiento

5. Declaraciones y Autorizaciones

1. Declaro que estoy consciente que se realizará el tratamiento de mis datos personales acorde a la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales y de acuerdo con la información que se me proporciona a continuación:
 - Responsable: BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A., con domicilio en la ciudad de Quito en la Av. Shyris y Suecia, edificio Renazzo Plaza piso 12.
 - Finalidad: Los datos personales que aporta el Asegurado, incluyendo sus datos de salud, se tratarán con las siguientes finalidades: Formalización, desarrollo y ejecución del contrato de seguro; prestación y cobertura del servicio asistencial objeto del contrato de seguro pudiendo a tal fin solicitar y obtener de los profesionales sanitarios información referente a su salud; investigación para el diseño de modelos asistenciales objeto del contrato de seguro; ofrecimiento y gestión de programas asistenciales y de prevención (servicio de promoción de salud), objeto del contrato de seguro; gestión del riesgo actuarial con el fin, entre otros, de determinar la tarifa adecuada en cada caso; cumplimiento de obligaciones que le correspondan a BMI ECUADOR por mandato legal, entre otras, aquellas relativas a la normativa de seguros, leyes tributarias y normativa de protección de datos; análisis de sus intereses y necesidades con base en los datos proporcionados por usted, incluyendo pero sin limitarse a sus datos de salud, aquellos datos personales que se hayan generado como consecuencia del servicio prestado por BMI ECUADOR y aquellos que se hayan obtenido por otros medios; envío de comunicaciones comerciales por cualquier canal, incluido por vía electrónica; llevar a cabo procedimientos de anonimización y seudonimización de sus datos personales; ceder sus datos personales a empresas relacionadas, colaboradoras, filiales, subsidiarias, proveedores y terceros que BMI ECUADOR requiere compartir información para la prestación de sus servicios que pueden estar ubicados fuera del territorio ecuatoriano, e igualmente para efectos de almacenar información en bases de datos locales y/o extranjeras, así como con fines comerciales y fines de investigación científica y/o estadística.
 - Legitimación: Ejecución del contrato, cumplimiento de obligaciones legales, interés legítimo, fines de investigación científica y/o estadística y consentimiento tal y como se detalla en la Información Adicional.
 - Destinatarios: Empresas relacionadas, colaboradoras, filiales, subsidiarias, proveedores y terceros que BMI ECUADOR requiere compartir información para la prestación de sus servicios que pueden estar ubicados fuera del territorio ecuatoriano, e igualmente para efectos de almacenar información en bases de datos locales y/o extranjeras. En caso de transferencia internacional, BMI ECUADOR se cerciorará que sea efectuada a jurisdicciones que tutelen la protección y privacidad de datos personales.
 - Derechos: Acceso, eliminación, rectificación y actualización, oposición, suspensión, portabilidad, y, a no ser objeto de una decisión basada única o parcialmente en valoraciones automatizadas, en cualquier momento y de forma gratuita, tal y como se explica en la Información Adicional.
 - Información Adicional: Encontrará información en relación con el tratamiento de sus datos personales en <https://www.bmicos.com/ecuador/proteccion-de-datos/proteccion-de-datos-bmi-del-ecuador/>
 - El titular de los datos personales podrá revocar en cualquier momento los consentimientos otorgados, en los casos que aplique, a través de nuestros centros de atención al cliente o bien a través del correo electrónico postventaec@bmicos.com, debiendo contar con una firma electrónica o física en su requerimiento para la correspondiente autenticación.
2. Declaro que: i) he entregado voluntariamente mis datos personales para que estos sean tratados de acuerdo con lo que manda la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales, así como con lo acordado en el contrato de seguros suscrito con BMI ECUADOR; ii) he leído y entiendo la información proporcionada en relación con el tratamiento de mis datos personales en el presente documento y en la Información Adicional.
3. Conocedor(a) de las penas de perjurio, declaro bajo juramento, que el origen de los valores cancelados a BMI ECUADOR, por la (las) Póliza(s), son y provienen de actividades lícitas. Así mismo, declaro que la información arriba detallada es de absoluta responsabilidad de quien suscribe este documento.
4. Autorizo expresamente a BMI ECUADOR para que realice el tratamiento de mis datos personales conforme las disposiciones expuestas en el punto 5 del presente documento y en la Información Adicional.
5. 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 ECUADOR a realizar el análisis y las verificaciones que considere necesarias para corroborar la licitud de fondos comprendidos en el contrato 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 ECUADOR toda la información que ésta les requiera, así como solicitar documentación adicional para identificar plenamente al cliente en cumplimiento de la “Ley Orgánica de Prevención, Detección y Erradicación del Delito de Lavado de Activos y Financiamiento de Delitos”. Inclusive autorizo anticipadamente el levantamiento de sigilo o velo bancario en caso de ser necesario, incluido la revisión de los burós de crédito sobre la información de riesgos crediticios.

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.

6. Firmas

Ciudad

día

mes

año

Firma Asegurado

Firma del Titular

QUITO: Calle Suecia y Av. De los Shyris
Edif. Plaza Renazzo Planta Baja.

GUAYAQUIL: Parque Empresarial Colón, Av. Jaime
Roldós Aguilera Ed. Pacifica Center Piso 4.

CUENCA: Autopista Cuenca Azogues
Edif. Cardeca Business Center.

www.bmicos.com/ecuador/

NOTA: La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó a la presente Tarjeta de Enrolamiento Corporativa el registro No. 58877; con oficio No. SCVS-IRCVSQ-DRS-2024-00137704-O de 17 de diciembre de 2024.