

Ciudad: Fecha: DD MM AAAA

1. INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

Indique el vínculo que existe con el asegurado: Familiar ☐ Empleador ☐ Comercial ☐ Otros ☐

Para cualquiera de las opciones seleccionadas especifique:

2. INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

Razón Social:

Objeto Social / Actividad Económica:

Ruc No. Tipo de Inversión: Nacional ☐ Extranjera ☐ Fecha de Constitución: DD MM AAAA

Situación Legal:

Activa ☐ Liquidación ☐ Cancelada ☐

Tipo de Compañía: Sociedad Anónima ☐ Fundaciones ☐ Sector Público ☐ Cía. Limitada ☐ ONG ☐

Otra ☐ Especifique

3. DATOS DEL DOMICILIO DE LA COMPAÑÍA

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

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

TELÉFONOS:

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

4. DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

Apellido Paterno: Apellido Materno: Nombres:

Nacionalidad: Tipo de Identificación: Cédula ☐ Pasaporte ☐ Número de Identificación:

Lugar de Nacimiento: Fecha de nacimiento: DD MM AAAA Edad: Sexo: Masculino ☐ Femenino ☐

Estado civil:
Soltero: ☐ Divorciado: ☐ Viudo: ☐ Casado: ☐ Unión de hecho ☐

Fecha de Nombramiento:

DD

MM

AAAA

Período de designación:

5. INFORMACIÓN FINANCIERA DE LA COMPAÑÍA

Total de ingresos anuales:

(=)

USD

Total de egresos anuales:

(=)

USD

Situación Financiera:

Total Activos

USD

Total Pasivos

(-)

USD

Patrimonio

(=)

USD

6. INFORMACIÓN ACCIONISTAS

Nombres y Apellidos Completos	Número de identificación	Nacionalidad	Tipo de Inversión	Capital (USD)	Porcentaje de Participación (%)

7. DECLARACIÓN DE PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

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

Cargo:

Institución:

Fecha de Inicio:

DD

MM

AAAA

Fecha de Culminación:

DD

MM

AAAA

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 ☐

Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Nombres:

Tipo de Identificación:	Cédula ☐	Pasaporte ☐	Número de Identificación:	Cargo:

Institución:

Fecha de Inicio:	Fecha de Culminación:	Relación con el Titular Propuesto:
DD MM AAAA	DD MM AAAA	

Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Nombres:

Tipo de Identificación:	Cédula ☐	Pasaporte ☐	Número de Identificación:	Cargo:

Institución:

Fecha de Inicio:	Fecha de Culminación:	Relación con el Titular Propuesto:
DD MM AAAA	DD MM AAAA	

8. CONTROL DE PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVO Y FINANCIAMIENTO DE DELITOS

¿La Compañía ha sido objeto de investigación o sanción por falta de aplicación de medidas de prevención de lavado de activos, financiamiento del terrorismo y otros delitos?

SI ☐ NO ☐

¿La Compañía cuenta con controles implementados para detectar transacciones inusuales o de alto riesgo de lavado de activos, financiamiento del terrorismo y otros delitos?

SI ☐ NO ☐

9. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaro que la información suministrada en el presente documento, así como en sus anexos es verdadera, completa y actualizada, por lo que me hago enteramente responsable de la misma. Autorizo de forma expresa, voluntaria e irrevocable a todas las personas naturales y jurídicas de derecho público o privado a proporcionar a BMI IGUALAS MEDICAS DEL ECUADOR S.A. la información que considere necesaria para realizar los análisis y verificaciones que considere pertinentes e informar a la autoridad competente en caso detectar actividades inusuales o sospechosas. Adicionalmente declaro que tanto los fondos como las cuentas que son utilizadas en mis operaciones con BMI IGUALAS MEDICAS DEL ECUADOR S.A. provienen de mis actividades comerciales y no son ni serán producto o destinados a actividades ilícitas o al financiamiento de delitos.

Conocedor y en cumplimiento de la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales, su reglamento de aplicación y demás normativa aplicable, me obligo a obtener la autorización expresa para llevar a cabo el tratamiento y transferencia de datos personales de mis empleados o personal involucrado dentro del contrato de atención integral de salud prepagada, hacia BMI IGUALAS MEDICAS DEL ECUADOR S.A. (BMI IGUALAS), con el objeto de cumplir con el contrato, de conformidad con lo que manda la ley para tal efecto.

• Declaro que conozco y estoy de acuerdo con la información y definiciones que se me proporciona a continuación: Consiento el tratamiento de los datos personales, incluidos datos sensibles, por parte de BMI IGUALAS, como responsable, para la gestión administrativa, contractual, asistencial y de servicios relacionados, así como para fines estadísticos y de mejora, conforme a lo descrito en el Aviso de Privacidad (<https://www.bmicos.com/ecuador/proteccion-de-datos/proteccion-de-datos-bmi-igualas-medicas/>) . En caso de datos sensibles de salud, autorizo su uso exclusivo para la atención, prevención o gestión del servicio contratado, con medidas reforzadas de seguridad. Acepto que mis datos puedan compartirse con empresas relacionadas, proveedores o

terceros necesarios para la correcta prestación del servicio, bajo confidencialidad y, cuando corresponda, con las garantías legales para transferencias nacionales o internacionales. Mis datos se conservarán solo por el tiempo necesario y luego serán eliminados, anonimizados o bloqueados conforme a la ley. Reconozco que puedo ejercer gratuitamente mis derechos de acceso, rectificación, actualización, eliminación, oposición, portabilidad, imitación y revocatoria del consentimiento en cualquier momento a través de ext.dpoecuador@bmicos.com

• Finalmente, declaro que: i) he entregado voluntariamente los datos personales con la debida autorización de mis empleados 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 IGUALAS; y, ii) he leído y entiendo la información proporcionada en relación con el tratamiento de los datos personales en el presente documento y en la Información Adicional.

10. FIRMA

Como constancia de haber leído y entendido, acepto el contenido del presente formulario 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 IGUALAS MEDICAS DEL ECUADOR S.A. para la emisión del contrato de atención integral de medicina prepagada.

[Redacted Signature]

Firma Representante Legal / Apoderado

[Redacted Name]

Nombre Representante Legal/Apoderado

[Redacted ID Number]

No. De Documento de Identidad:

11.JUSTIFICACIÓN

Justificación por falta de información y/o documentos.

[Redacted Justification]

[Redacted Justification]

12.DOCUMENTOS ADJUNTOS REQUERIDOS

Para Compañías Limitadas, Sociedades Anónimas y Sociedad por Acciones Simplificadas

- Copia legible de RUC. ☐ SI ☐ NO ☐ N/A
- Copia legible del formulario de declaración de impuesto a la renta del año inmediato anterior. ☐ SI ☐ NO ☐ N/A
- Copia legible del documento de identificación del representante legal o apoderado. ☐ SI ☐ NO ☐ N/A

Otras personas jurídicas, en adición a lo anterior:

- Certificado de cumplimiento de obligaciones emitido por la entidad de control (Ej: Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros.) ☐ SI ☐ NO ☐ N/A
- Copia de Nómina de accionistas. ☐ SI ☐ NO ☐ N/A