

Ciudad:  Fecha:

Rol: Titular  Pagador  Dependiente

En caso de seleccionar las opciones de pagador o de Dependiente llenar lo siguiente correspondiente a relación con el titular.

Indique el vínculo que existente con el titular: Familiar  Empleador  Comercial  Otros

Para cualquiera de las opciones seleccionadas especifique:

## 1. INFORMACIÓN PERSONAL

Apellido Paterno:  Apellido Materno:  Nombres:

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

Lugar de Nacimiento:  Fecha de nacimiento:    Edad:  Sexo: Masculino  Femenino

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

### DIRECCIÓN DOMICILIO

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

Provincia

Ciudad

País

### TELÉFONOS:

Domicilio

Celular

Correo Electrónico

## 2. DATOS DEL CÓNYUGE O EN UNIÓN DE HECHO

Apellido Paterno:  Apellido Materno:  Nombres:

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

### 3. ACTIVIDAD ECONÓMICA

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:

### 4. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total de ingresos mensuales:  (=)  USD

Total de egresos mensuales:  (=)  USD

Otros ingresos (mensuales):  (=)  USD

Situación Financiera:

Total Activos  USD

Total Pasivos  (-)  USD

Patrimonio  (=)  USD

Fuente de Otros ingresos:

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

Cargo:  Institución:

Fecha de Inicio:  Fecha de Culminación:

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:	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Tipo de Identificación:		Número de Identificación:		Cargo:	
Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Institución:					
<input type="text"/>					
Fecha de Inicio:		Fecha de Culminación:		Relación con el PEP:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

## 6. 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. (BMI IGUALAS) 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 provienen de mis actividades comerciales y no son ni serán producto o destinados a actividades ilícitas o al financiamiento de delitos.

Conozco y en cumplimiento de la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales, su reglamento de aplicación y demás normativa aplicable, autorizo el tratamiento y transferencia de mis datos personales, a BMI IGUALAS, con el objeto de cumplir con el contrato de medicina prepagada, 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 mis 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](mailto:ext.dpoecuador@bmicos.com)

• Finalmente, declaro que: i) he entregado voluntariamente mis datos 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 suscrito con BMI IGUALAS; y, ii) he leído y entiendo la información proporcionada en relación con el tratamiento de mis datos personales en el presente documento y en el Aviso de Privacidad.

## 7. DOCUMENTOS ADJUNTOS REQUERIDOS

Copia legible del documento de identificación.

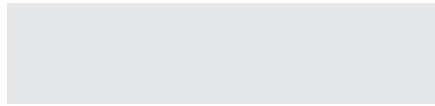
Firma Representante Legal / Apoderado

Nombre Representante Legal/Apoderado

No. De Documento de Identidad:

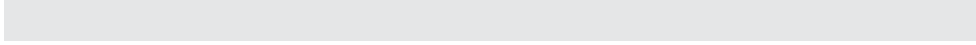
## 8. PARA USO INTERNO DE BMI IGUALAS MEDICAS DEL ECUADOR

---



Firma del Ejecutivo de BMI IGUALAS

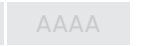
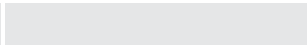
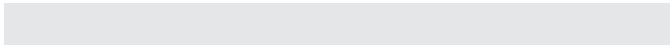
Nombre del Ejecutivo de BMI IGUALAS



Cargo:

Lugar

Fecha:



DD

MM

AAAA

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/](http://www.bmicos.com/ecuador/)