



# Solicitud de Afiliación Plan Individual



Plan Serie 3000

Plan Meridian II

Plan Azure

Plan Ideal

Plan Support

## 1. INFORMACIÓN PERSONAL DEL TITULAR PROPUESTO

Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Nombres:			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Nacionalidad:	Tipo de Identificación:		Número de Identificación:		
<input type="text"/>	Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>		<input type="text"/>		
Lugar de Nacimiento:	Fecha de nacimiento:	Edad:	Sexo:		
<input type="text"/>	DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAAA <input type="text"/>	<input type="text"/>	Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>		
Estado civil:	Estatura:		Peso:		
Soltero: <input type="checkbox"/> Divorciado: <input type="checkbox"/> Viudo: <input type="checkbox"/> Casado: <input type="checkbox"/> Unión de hecho <input type="checkbox"/>	m. <input type="text"/> cm. <input type="text"/>		Kg. <input type="text"/> Lb. <input type="text"/>		
Dirección de domicilio:					
Calle Principal <input type="text"/>			Número <input type="text"/>		
Transversal <input type="text"/>					
Barrio/Sector y Cantón <input type="text"/>					
Provincia	Ciudad		País		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		
Correo Electrónico:	Números de teléfono Casa:		Celular:		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		

## INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE O DE LA UNIÓN DE HECHO DEL TITULAR PROPUESTO

Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Nombres:		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Nacionalidad:	Tipo de Identificación:		Número de Identificación:	
<input type="text"/>	Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	

## 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:

Dirección de domicilio:

Calle Principal  Número

Transversal

Barrio/Sector y Cantón

Provincia  Ciudad  País

Correo Electrónico:  Números de teléfono Oficina:  Celular:

## 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:

Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Nombres:	
Nacionalidad:	Tipo de Identificación:		Número de Identificación:
	Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>		
Lugar de Nacimiento:	Fecha de nacimiento:	Edad:	Parentesco con el titular propuesto:
	DD MM AAAA		
Sexo:	Estatura:	Peso:	
Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	m. cm.	Kg. Lb.	

### DEPENDIENTE 2:

Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Nombres:	
Nacionalidad:	Tipo de Identificación:		Número de Identificación:
	Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>		
Lugar de Nacimiento:	Fecha de nacimiento:	Edad:	Parentesco con el titular propuesto:
	DD MM AAAA		
Sexo:	Estatura:	Peso:	
Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	m. cm.	Kg. Lb.	

### DEPENDIENTE 3:

Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Nombres:	
Nacionalidad:	Tipo de Identificación:		Número de Identificación:
	Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>		
Lugar de Nacimiento:	Fecha de nacimiento:	Edad:	Parentesco con el titular propuesto:
	DD MM AAAA		
Sexo:	Estatura:	Peso:	
Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	m. cm.	Kg. Lb.	

**DEPENDIENTE 4:**

Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Nombres:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Nacionalidad:	Tipo de Identificación:		Número de Identificación:
<input type="text"/>	Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>		<input type="text"/>
Lugar de Nacimiento:	Fecha de nacimiento:	Edad:	Parentesco con el titular propuesto:
<input type="text"/>	DD MM AAAA	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sexo:	Estatura:	Peso:	
Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	m. <input type="text"/> cm. <input type="text"/>	Kg. <input type="text"/> Lb. <input type="text"/>	

**DEPENDIENTE 5:**

Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Nombres:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Nacionalidad:	Tipo de Identificación:		Número de Identificación:
<input type="text"/>	Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>		<input type="text"/>
Lugar de Nacimiento:	Fecha de nacimiento:	Edad:	Parentesco con el titular propuesto:
<input type="text"/>	DD MM AAAA	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sexo:	Estatura:	Peso:	
Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	m. <input type="text"/> cm. <input type="text"/>	Kg. <input type="text"/> Lb. <input type="text"/>	

**DEPENDIENTE 6:**

Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Nombres:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Nacionalidad:	Tipo de Identificación:		Número de Identificación:
<input type="text"/>	Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>		<input type="text"/>
Lugar de Nacimiento:	Fecha de nacimiento:	Edad:	Parentesco con el titular propuesto:
<input type="text"/>	DD MM AAAA	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sexo:	Estatura:	Peso:	
Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	m. <input type="text"/> cm. <input type="text"/>	Kg. <input type="text"/> Lb. <input type="text"/>	

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 Afiliación Plan Individual

**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

#### 4. INFORMACIÓN DE 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 vigente hasta el 31 de diciembre de 2023, posterior a esta fecha será reemplazado por la cédula de ciudadanía.

#### 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? _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. ¿Dolores en el pecho, hipertensión arterial, fiebre reumática, soplo cardíaco, ataques cardíacos y otras enfermedades o desórdenes del corazón o circulatorios? _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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 psiquiatra? _____         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. ¿Enfermedades o desórdenes de los riñones, vejiga o próstata, enfermedades venéreas o sangre en la orina? _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. ¿Enfermedades o desórdenes de la piel, de los ganglios linfáticos o quistes? _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. ¿Diabetes, desórdenes de tiroides, gota u otro trastorno endócrino? _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. ¿Hemorragia intestinal, úlcera, hernia, apendicitis, colitis, diverticulitis, hemorroides, indigestión recurrente u otro desorden del estómago, intestinos, hígado (Ictericia), páncreas o vesícula biliar? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. ¿Algunas enfermedades o desórdenes de los músculos, huesos, incluyendo la columna vertebral, la espalda y las articulaciones? _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. ¿Algunas enfermedades o desórdenes de los ojos, oídos, nariz o garganta? _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. ¿Alergias, anemia u otro desorden sanguíneo? _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. ¿Trastornos de útero, ovarios, senos u otros desórdenes ginecológicos? _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. ¿Algunas enfermedades o desórdenes de los órganos reproductivos? _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m. ¿Otras enfermedades, lesiones, operaciones, deformidades, o amputación? _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| n. ¿Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o Síndrome complejo relacionado al SIDA (SCRS)? _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- ñ. ¿Cáncer o tumores de cualquier otra clase? \_\_\_\_\_  SI  NO
- 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:		
			DD	MM	AAAA	DD	MM	AAAA
Tratamiento, exámenes realizados y resultados:				Estado Actual:				

Literal de pregunta	Nombre del Titular Propuesto / Dependiente Propuesto	Diagnóstico / Detalle:	Desde:			Hasta:		
			DD	MM	AAAA	DD	MM	AAAA
Tratamiento, exámenes realizados y resultados:				Estado Actual:				

Literal de pregunta	Nombre del Titular Propuesto / Dependiente Propuesto	Diagnóstico / Detalle:	Desde:			Hasta:		
			DD	MM	AAAA	DD	MM	AAAA
Tratamiento, exámenes realizados y resultados:				Estado Actual:				

Literal de pregunta	Nombre del Titular Propuesto / Dependiente Propuesto	Diagnóstico / Detalle:	Desde:			Hasta:		
			DD	MM	AAAA	DD	MM	AAAA
Tratamiento, exámenes realizados y resultados:				Estado Actual:				

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

Tratamiento, exámenes realizados y resultados:

Estado Actual:

--	--

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

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

Tipo de Identificación: Cédula  RUC  Otros  Número de Identificación:

Razón social:

Apellido Paterno:

Apellido Materno:

Nombres:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Nacionalidad:

Correo Electrónico:

Relación / Vínculo:

Padre

Madre

Hijo

Cónyuge

Empleador

Otro

En caso de que el pagador sea diferente al Titular Propuesto, deberá llenar el formulario de vinculación correspondiente:

### REQUISITOS:

a) Persona natural diferente al Titular Propuesto	Completar el formulario de vinculación de persona natural.
b) Persona Jurídica	Completar el formulario de vinculación de persona jurídica.

NOTA: En cualquier caso, la factura se emitirá con los datos correspondientes a la persona que está pagando el contrato

## 9. DATOS BANCARIOS PARA REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS A TRAVÉS DE TRANSFERENCIA BANCARIA

Solicito a BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR 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 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

Nombres y apellidos:

Número de Identificación:

Cargo:  Institución:

Fecha de Inicio:  Fecha de Culminación:  Relación con el Titular Propuesto:

Nombres y apellidos:

Número de Identificación:

Cargo:  Institución:

Fecha de Inicio:  Fecha de Culminación:  Relación con el Titular Propuesto:

## 11. DECLARACIONES

- Esta solicitud, debidamente completada, pasará a formar parte del Contrato de Servicios de Atención Integral de Salud Prepagada emitida como consecuencia de esta solicitud.
- Declaro que todos los datos personales u otra información contenida en esta solicitud, que servirán como base para el estudio de riesgo propuesto, son verdaderos, completos y proporcionados a modo fidedigno y actualizado, sin importar cualquier declaración contraria hecha por el agente. Además, declaro conocer y aceptar mi obligación de actualizar anualmente la información y datos provistos, así como comunicar y documentar de manera inmediata a BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A. ("BMI IGUALAS"), cualquier cambio en la situación de riesgo asumida en la información que hubiese proporcionado. En caso de no actualizar la información será porque esta no se ha modificado y sigue vigente. Durante la vigencia de la relación con BMI IGUALAS me comprometo a proveer la documentación e información que me sea solicitada en tiempo y forma. IMPORTANTE: No se podrán suscribir Contratos al portador, con nombres incompletos, falsos o bajo cualquier otra modalidad que encubra la identidad del solicitante del Contrato, Titular Propuesto y/o Dependientes Propuestos.
- La veracidad de las declaraciones aquí contenidas son las que motivan a que BMI IGUALAS vincule al Titular Propuesto y/o Dependientes Propuestos y en consecuencia cualquier declaración falsa o inexacta o su omisión implicaría la intención de irrogar daño o perjudicar a BMI IGUALAS con las consecuencias legales que esto implica.

## 12. AUTORIZACIONES

---

1. Ningún historial médico existente sustituye mi obligación de contestar con veracidad las preguntas sobre o corresponsables 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 IGUALAS del cumplimiento de sus obligaciones. BMI IGUALAS considerará esta declaración como la única para la evaluación de mi solicitud y las condiciones de la emisión del Contrato. 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 IGUALAS no tramite, no renueve, anule o limite los beneficios de este Contrato
2. BMI IGUALAS 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 del Contrato solicitado. 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 IGUALAS
3. Autorizo a BMI IGUALAS utilizar canales de notificación y/o comunicación, los cuales incluyen pero no se limitan a comunicaciones electrónicas (vía correo electrónico o cualquier otro medio digital reconocido), call center, mensajes de texto, llamadas celular o cualquier mecanismo que guarde información y/o datos personales, durante la vigencia de la relación contractual o el tiempo que autorice la ley correspondiente, en medios magnéticos o digitales y que registre la expresión de la voluntad de las partes. Esto incluye recibir información, publicidad, ofertas comerciales o notificaciones por cualquier medio, incluyendo medios electrónicos, incluso aunque no llegue a contratar el seguro.
4. Autorizo expresamente a BMI IGUALAS para que a solicitud de cualquier autoridad local o de aquellos países con los que hubiere acuerdos de cooperación internacional, incluyendo pero no limitando a organismos internacionales que entre sus actividades tengan la prevención de lavado de activos, actividades de financiamiento de terrorismo o actividades ilícitas, entregue información requerida que puede incluir datos personales.
5. Estas autorizaciones serán válidas mientras el Contrato se mantenga vigente y una copia del mismo se considerará tan válido con el original.

## 13. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES ESPECIALES

---

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 IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR 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 Solicitante, incluyendo sus datos de salud, se tratarán con las siguientes finalidades: Formalización, desarrollo y ejecución del contrato de atención integral de salud prepagada; prestación y cobertura del servicio asistencial objeto del contrato de atención integral de salud prepagada 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 atención integral de salud prepagada; ofrecimiento y gestión de programas asistenciales y de prevención (servicio de promoción de salud), objeto del contrato de atención integral de salud prepagada; 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 IGUALAS 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 IGUALAS 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 IGUALAS 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 IGUALAS 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 IGUALAS 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-iguales-medicas/>
  - 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 ext.dpoecuador@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 atención integral de salud prepagada suscrito con BMI IGUALAS; 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 IGUALAS, por los servicios de atención integral de salud prepagada, 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 IGUALAS para que realice el tratamiento de mis datos personales conforme las disposiciones expuestas en el punto 13 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 IGUALAS a realizar el análisis y las verificaciones que considere necesarias para corroborar la licitud de fondos comprendidos en el contrato de atención integral de salud prepagada; así como autorizo expresa, voluntaria e irrevocablemente a todas las personas naturales o jurídicas de derecho público o privado a facilitar a BMI IGUALAS 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.

#### 14. 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 IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A. para la emisión del Contrato de Servicios de Atención Integral de Salud Prepagada.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	Ciudad	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Firma del titular propuesto	Firma del Cónyuge (si está asegurado (a))		DD	MM	AAAA

#### 15. DATOS DE LA AGENCIA/AGENTE DE SEGUROS

---

Declaro haber gestionado la presente solicitud y todos los documentos habilitantes requeridos por la empresa de Medicina Prepagada

Nombre del Ejecutivo/Agente:

Correo del Ejecutivo/Agente:

Nombres de la Agencia/Agente de Seguros:

Firma del Ejecutivo/Agente

#### 16. DOCUMENTOS ADJUNTOS REQUERIDOS

---

Copia legible del documento de identificación del Titular Propuesto y Dependientes propuestos

**17. PARA USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑÍA**

---

	Ciudad		DD	MM	AAAA
Firma Ejecutivo BMI	Nombre	Cargo			

La información proporcionada en este documento será de estricta confidencialidad, misma que será utilizada por BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A. para la emisión de Contratos.

La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó a la presente Solicitud de Afiliación Plan Individual el registro No. 60448, con la salvedad de las declaraciones y autorizaciones referentes a protección de datos y prevención de lavado de activos contenidas en el apartado No.13 Declaraciones y autorizaciones especiales de este formulario, mediante Oficio No. SCVS-IRCVSQ-DRS-2025-00221743-O de 24 de diciembre de 2025.



# Autorización de Débito



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

Personal  Corporativa  En caso de que la tarjeta/cuenta sea corporativa por favor indique:

Nombre de la empresa \_\_\_\_\_ RUC \_\_\_\_\_

Nº de tarjeta o cuenta: \_\_\_\_\_ F. de Vencimiento Mes \_\_\_\_\_

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

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

con la frecuencia de pago: Mensual  Trimestral  Semestral  Anual

por el pago de cuotas del contrato de medicina prepagada y las cuotas que ajuste o fije en el futuro BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A. por cuotas adicionales, recurrentes con ocasión de la renovación. En caso que me encontrare en mora de una o más cuotas, 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: \_\_\_\_\_

Conocedor(a) de las penas de perjurio, declaro bajo juramento, que el origen de los valores cancelados a BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A. ("BMI IGUALAS") por la adquisición del(de los) Contrato(s), son y provienen de actividades lícitas. Así mismo, declaro que todos los datos personales u otra información contenida en esta autorización, que servirán para realizar el cobro de los valores adeudados a BMI IGUALAS por concepto de cuotas, son verdaderos, completos y proporcionados a modo fidedigno y actualizado. Acepto que la información arriba detallada es de mi absoluta responsabilidad y que el pago del financiamiento de las prestaciones sanitarias será utilizado de forma lícita.

Estoy de acuerdo con el precio total pactado por la adquisición del Contrato, así como con el valor determinado por concepto de cuotas que BMI IGUALAS ajuste o fije en el futuro. De igual forma autorizo que por este medio se debiten las notas de cobranza. Eximo al banco/emisor de la tarjeta de crédito de cualquier responsabilidad por los valores reportados por BMI IGUALAS, por lo cual desde ya renuncio a cualquier tipo de reclamación y a iniciar cualquier acción legal en contra de la indicada institución, la misma que no requiera de otro instrumento para procesar los débitos en mi cuenta. Reconozco, además, que la vigencia del respectivo Contrato de atención integral de salud prepagada está ligada al pago oportuno de las cuotas respectivas, en los términos previstos en el Contrato.

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; ii) he leído y entiendo la información proporcionada por BMI IGUALAS en relación al tratamiento de mis datos personales encontrada en: <https://www.bmicos.com/ecuador/proteccion-de-datos/proteccion-de-datos-bmi-igualas-medicas/> Declaro, además, que he sido completamente informado y entiendo plenamente el servicio ofrecido, periodo de cobertura del Contrato, periodicidad y forma de pago detalladas en la presente autorización de débito. Autorizo, debidamente informado y de manera expresa, a BMI IGUALAS, a utilizar canales de notificación y/o comunicación, los cuales incluyen pero no se limitan a comunicaciones electrónicas (vía correo electrónico o cualquier otro medio digital reconocido), call center, mensajes de texto, llamadas por celular o cualquier mecanismo que guarde información y/o datos personales en medios magnéticos o digitales y que registre la expresión de la voluntad de las partes, durante la vigencia de la relación contractual o por el tiempo que mande la ley correspondiente para tal efecto. Esto, incluye recibir información, publicidad, ofertas comerciales o notificaciones por cualquier medio, incluyendo medios electrónicos, incluso aunque no llegue a adquirir el contrato de atención integral de salud prepagada.

La presente autorización se mantendrá vigente, salvo que medie una comunicación escrita efectuada por parte del pagador a BMI IGUALAS, con al menos 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 esta.

Así mismo, me obligo a no revocar la presente autorización sin el previo consentimiento por escrito de BMI IGUALAS, toda vez que dicha revocación podría afectar la continuidad de mi Contrato. Por consiguiente, libero de toda responsabilidad al banco/emisor de tarjeta de crédito, por los débitos o cargos efectuados con base a la presente autorización.

Atentamente,

\_\_\_\_\_  
Firma del titular de la cuenta bancaria o tarjeta de crédito

C.C. / RUC \_\_\_\_\_ No de Contrato \_\_\_\_\_

RE-208-008

Rev. V2024.01

Quito: calle Suecia y Av. de los Shyris  
Edif. Plaza Renazzo planta baja.

Guayaquil: parque Empresarial Colón, Av. Jaime  
Roldós Aguilera Ed. Pacífica Center piso 4.

Cuenca: autopista Cuenca Azogues  
Edif. Cardeca Business Center.

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