

1. Información Personal del Asegurado Propuesto

Primer Apellido: _____ Tipo de Identificación: Cédula Pasaporte

Segundo Apellido: _____ Número de Identificación: _____

Nombre(s): _____

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

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

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

Dirección de Residencia:

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

Provincia

Ciudad

País

Teléfonos:

Domicilio

Celular

Correo Electrónico

Información del Cónyuge o de la Unión de Hecho del Titular Propuesto

Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____

Nombre(s): _____

Tipo de Identificación: Cédula Pasaporte Número de Identificación: _____

2. Actividad Económica del 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: _____

2. Actividad Económica del Asegurado Propuesto

Dirección de Oficina

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

Provincia

Ciudad

País

Teléfonos:

Oficina

Celular

Correo Electrónico

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. Referencias

Referencias Personales

Referencias Comerciales

Referencias Bancarias/Tarjeta de Crédito

| Nombre | Parentesco | Teléfono | Entidad | Teléfono | Institución Financiera | Tipo de cuenta o de tarjeta de crédito |
|--------|------------|----------|---------|----------|------------------------|--|
| | | | | | | |

4. Solicitante de la Póliza

“Persona natural o jurídica que contrata el seguro, sea por cuenta propia o por la de un tercero determinado o determinable que traslada los riesgos a BMI”

¿El solicitante de la Póliza es diferente al Asegurado Propuesto? NO SI En caso de contestar afirmativamente, completar el siguiente apartado

| | Nombres Completos | Requisitos |
|--|-------------------|---|
| a) Persona natural diferente al Asegurado Propuesto. | | Completar el formulario de vinculación de cliente individual (solicitante persona natural diferente del Asegurado Propuesto). |
| b) Persona Jurídica | | Completar el formulario de vinculación de cliente individual (solicitante persona jurídica). |

5. Plan de Seguro

a) Suma asegurada: USD. _____

6. Designación de Beneficiarios

| a) Beneficiarios primarios (Nombres completos) | No. Identificación | Teléfono | Parentesco (Vínculo) | % |
|---|--------------------|----------|-------------------------|-------|
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

| b) Beneficiarios contingentes (Nombres completos) | No. Identificación | Teléfono | Parentesco (Vínculo) | % |
|--|--------------------|----------|-------------------------|-------|
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

Favor llenar Formulario de Beneficiario cuando el parentesco con los beneficiarios NO correspondan a padres, hijos, abuelos, hermanos, nietos, tíos, sobrinos, bisabuelos, primos hermanos, tatarabuelos, tataranietos, cónyuge o conviviente, padres del cónyuge, hijos del cónyuge, yernos, nueras, abuelos del cónyuge, padrastros, nieto político.
Cuando el beneficiario sea menor de edad, el beneficio se pagará al representante legal o tutor designado de acuerdo con la ley.

7. Seguros de Vida en Vigor Sobre la Vida del Asegurado Propuesto

a) Tiene usted algún seguro de VIDA en vigor? SI (Favor detallar a continuación) NO

| Aseguradora | Fecha de Emisión | Suma Asegurada |
|-------------|------------------|----------------|
| A | | |
| B | | |
| C | | |

b) ¿Reemplazará la Póliza solicitada algún seguro en esta u otra Aseguradora: SI NO

¿Si su respuesta fue afirmativa, seleccione cuál? A B C

c) ¿Tiene alguna solicitud pendiente en otra Aseguradora? SI _____ NO

¿Qué Aseguradora?

Información del cónyuge o de la unión de hecho del Asegurado Propuesto

¿Su cónyuge tiene seguros de vida en vigor? NO SI Monto: USD _____

Aseguradora: _____

8. Antecedentes de Asegurabilidad

En los casos de respuestas afirmativas, favor completar el detalle en la parte inferior del cuestionario. SI NO

- a. ¿Alguna vez ha sido cancelada, negada o recargada su solicitud de seguro? _____
- b. ¿Ha participado o piensa participar en actividades de aviación, automovilismo, motociclismo, buceo, paracaidismo o cualquier deporte peligroso? En caso afirmativo completar el cuestionario de pasatiempos _____
- c. ¿Viaja o piensa viajar fuera del país en los próximos dos años? (indicar lugar) _____
- d. ¿Ha sido investigado, arrestado o declarado culpable por un delito? _____
- e. ¿Ha estado involucrado en un accidente automovilístico, declarado culpable de manejar bajo la influencia de alcohol o drogas o ha tenido más de una infracción de tránsito? _____
- f. ¿Alguna vez ha solicitado o recibido beneficios por incapacidad? _____
- g. ¿Ha servido o contempla servir en las Fuerzas Armadas o Policía? _____
- h. ¿Durante los últimos diez años ha consumido cocaína, marihuana, meta-anfetaminas, barbitúricos o cualquier otra sustancia controlada? _____
- i. ¿Consumo bebidas alcohólicas? _____
En caso afirmativo:
Por favor, indique las cantidades semanales (1 unidad: 1 cerveza, 1 copa de vino o 1 trago de licor, por ejemplo) _____
¿En alguna ocasión le han indicado tratamiento o consulta, o ha sido hospitalizado/a en relación a su consumo de alcohol? _____

8. Antecedentes de Asegurabilidad

En los casos de respuestas afirmativas, favor completar el detalle en la parte inferior del cuestionario. SI NO

j. ¿Ha consumido cualquier derivado de tabaco en los últimos 12 meses?

Detalle las respuestas afirmativas a las preguntas 8 (a - j)

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

9. Antecedentes Médicos

a. ¿Ha sido atendido por un médico en los últimos 12 meses? SI NO
¿Cuál fue la causa?

b. ¿Ha tenido cambio en el peso durante los últimos 12 meses? SI NO En caso afirmativo Aumentó peso Perdió peso
¿Cuál fue la causa? _____

c. Completar si tiene algún tipo de discapacidad calificada por la autoridad sanitaria nacional:
Favor detallar los diagnósticos que causaron la discapacidad _____

Favor adjuntar copia del carné de persona con discapacidad emitida por la Autoridad Sanitaria Nacional.

10. Historial Clínico

Ha sido diagnosticado, ha recibido tratamiento o ha tenido alguna indicación de: SI NO

a. ¿Enfermedades de los ojos, oído o garganta? _____

b. ¿Mareos, desmayos, convulsiones, jaquecas, alteración del habla, parálisis o apoplejía, derrame o infarto cerebral, traumatismo craneal, trastorno nervioso o mental? _____

c. ¿Ahogos, ronquera, tos persistente, esputos de sangre, bronquitis, pleuresía, asma, alergia, enfisema, tuberculosis o trastornos respiratorios crónicos? _____

d. ¿Dolor en el pecho, palpitaciones, hipertensión arterial, fiebre reumática, soplo cardiaco, infarto de miocardio, angina de pecho, aneurisma u otra enfermedad del corazón o de los vasos sanguíneos? _____

e. ¿Ictericia, hepatitis, cirrosis, hemorragia intestinal, úlcera, hernia, apendicitis, colitis, diverticulitis, hemorroides, esofagitis, dispepsia, trastornos digestivos, del hígado o vesícula biliar? _____

f. ¿Azúcar, albúmina, pus en la orina, infecciones urinarias, enfermedades venéreas, cálculos, quistes u otros trastornos renales, de la vejiga, próstata u órganos reproductivos? _____

g. ¿Diabetes, hipoglucemia, híper o hipotiroidismo, trastornos del páncreas u otro trastorno endócrino? _____

h. ¿Neuritis, ciática, reumatismo, artritis, gota, trastorno de los músculos o huesos, incluso de la columna vertebral, la espalda y articulaciones, desorden del colágeno, deformidad, cojera o amputación? _____

i. ¿Enfermedades de la piel, ganglios linfáticos, quistes, tumor o cáncer? _____

j. ¿Ha recibido resultados positivos por la exposición al virus de inmunodeficiencia humana, VIH, o ha sido diagnosticado de SIDA o Complejos Relacionados o cualquier patología derivada de la infección con VIH? _____

k. ¿Anemia, leucemia, flebitis, tromboflebitis, trastornos de la sangre, vasculares o del bazo? _____

10. Historial Clínico

Ha sido diagnosticado, ha recibido tratamiento o ha tenido alguna indicación de:

SI NO

- l. ¿Está actualmente tomando algún medicamento, en observación o tratamiento médico? _____
- m. ¿Se ha realizado algún examen, consulta, chequeo u operación? _____
- n. ¿Se ha realizado electrocardiograma, radiografía u otra prueba diagnóstica? _____
- ñ. ¿Ha sido hospitalizado o internado en alguna institución o sanatorio? _____
- o. ¿Ha sufrido alguna enfermedad física o mental no mencionada anteriormente? _____
- p. ¿Alguno de sus familiares (padre, madre, hermano/a, abuelo/a) ha sufrido alguna de las siguientes enfermedades? _____

- | | |
|--|---|
| Distrofia muscular <input type="checkbox"/> | Enfermedad de Huntington <input type="checkbox"/> |
| Distrofia miotónica <input type="checkbox"/> | Síndrome de Li-Fraumeni <input type="checkbox"/> |
| Miotonía distrófica <input type="checkbox"/> | Carcinoma corticoadrenal <input type="checkbox"/> |
| Corea de Huntington <input type="checkbox"/> | Síndrome de SBLA <input type="checkbox"/> |
| Baile de San Vito <input type="checkbox"/> | |

q. Solo para mujeres

- A) ¿Trastornos del útero, ovario o senos? _____
- B) ¿Se ha realizado chequeos ginecológicos, pap test, mamografías? _____
- C) ¿Está embarazada? Indique cuántas semanas o meses. _____

r. Solo para hombres

- A) ¿Se ha realizado chequeo prostático y/o prueba de PSA? _____

- s. ¿Usted ha sido diagnosticado de SARS-CoV-2/COVID-19 positivo? _____

Si es afirmativo completar las siguientes preguntas:

dd / mm / aaa

- A) ¿En qué fecha fue diagnosticado de SARS-CoV-2/COVID-19? _____
- B) ¿En qué fecha recibió el alta por diagnóstico de SARS-CoV-2/COVID-19? _____
- C) ¿Para recibir tratamiento por su diagnóstico de SARS-CoV-2/COVID-19, requirió ser ingresado en un Hospital, Clínica o casa de salud? _____

Si su respuesta es afirmativa adjuntar lo siguiente:

- Hospitalizaciones durante los últimos 6 meses: Historia Clínica completa.
- Alta médica hace más de 6 meses: Formulario APS (Información actualizada del médico tratante).

Detalle de las respuestas afirmativas a las preguntas 10 (a-s)

| Literal de pregunta | Diagnóstico o tratamiento | Fecha de tratamiento Mes / Año | Duración | Nombre del Médico - Clínica - Hospital |
|---------------------|---------------------------|-----------------------------------|----------|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

11. Notificación Sobre la Oficina de Información Médica

La información concerniente a su asegurabilidad es de carácter confidencial. No obstante BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. puede presentar un breve informe a la Oficina de Información Médica (MIB por sus siglas en Inglés, Medical Information Bureau). La Oficina (domiciliada en Estados Unidos de América) es una asociación de compañías de seguro de vida, sin fines de lucro, cuya función es permitir el intercambio de información entre sus miembros. Si usted solicita un seguro de vida o si radica una reclamación a otra compañía miembro, la Oficina suministrará a tal compañía la información contenida en su expediente, de así solicitarse.

BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A., también puede suministrar la información contenida en su expediente a otras compañías de seguros a las cuales usted solicite cobertura o radique una reclamación de beneficios. Usted puede solicitar a la Oficina que le revele la información contenida en sus expedientes. De igual manera pueda solicitar que se corrija la información que usted considera es incorrecta. La dirección de la Oficina de Información Médica es: 160 University Avenue, Westwood, MA 02090, teléfono (781) 329 4500

12. 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 NO

Si su respuesta es Si, por favor llene la siguiente información:

Cargo: _____ Institución: _____ Tiempo de Servicio: _____

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: | Cédula: |
| Cargo | Institución |
| Tiempo de Servicio | Relación con el Asegurado Propuesto |

| | |
|----------------------|-------------------------------------|
| Nombres y Apellidos: | Cédula: |
| Cargo | Institución |
| Tiempo de Servicio | Relación con el Asegurado Propuesto |

13. Declaraciones

- Una vez aprobada esta solicitud pasará a formar parte de la Póliza de Vida emitida como consecuencia de esta solicitud.
- Declaro que todos los datos e información contenida en esta solicitud, que servirán de base para el estudio del riesgo propuesto es verdadera, completa y proporcionada de modo fidedigno y actualizado, sin importar cualquier declaración a lo contrario hecha por el agente. Además declaro conocer y aceptar que es mi obligación actualizar anualmente la información, así como el comunicar y documentar de manera inmediata a BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. cualquier cambio en la situación de riesgo asumido en la información que hubiese proporcionado; en caso de no actualizar la información será porque esta no se ha modificado por lo que la actual sigue vigente. Durante la vigencia de la relación con BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A., me comprometo a proveer la documentación e información que me sea solicitada.

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 Propuesto, o beneficiario(s).

13. Declaraciones

3. 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 arriba detallada es de absoluta responsabilidad de quien suscribe este documento.
4. La Póliza entrará en vigor si: a) el solicitante la recibe y acepta sin cambio alguno, b) si la prima inicial se pagó en su totalidad y c) las declaraciones hechas en la fecha de la solicitud son exactas y las condiciones de asegurabilidad y estado financiero del Asegurado Propuesto se mantienen a la fecha de la entrega de la Póliza.
5. Cualquier cambio en la suma asegurada, edad, fecha de emisión de la Póliza, clasificación de riesgo, plan de seguro o beneficios, deben acordarse por escrito, donde así se exija. El Asegurado Propuesto de la Póliza ejercerá los derechos de la Póliza sin el consentimiento del (los) beneficiario(s) sujeto a cualquier restricción estatutaria y a los derechos de cualquier beneficiario designado con carácter irrevocable.
6. La veracidad de las declaraciones son las que motivan a que BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A., acepte la contratación de la Póliza y en consecuencia cualquier declaración falsa o inexacta o su omisión implicaría la intención de irrigar daño o perjudicar a BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. con las consecuencias legales que esto implica.

14. Autorizaciones

1. Ningún historial médico existente sustituye mi obligación de contestar con veracidad las preguntas sobre mi historial médico, en la presente solicitud. La información que se detalla en esta solicitud es importante y necesaria. La falta de veracidad u omisión liberarán a BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. del cumplimiento de sus obligaciones. BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. considerará esta declaración como la única para la evaluación de mi solicitud y las condiciones de la emisión de la Póliza. El Asegurado 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 Asegurado Propuesto, será causal para que BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. no tramite, anule, no renueve el contrato de seguro o limite los beneficios de esta Póliza.
2. Autorizo a cualquier médico, hospital, clínica o cualquier otro establecimiento de servicios médicos o relacionados, o compañía de seguros, la Oficina de Información Médica o agencia de información del consumidor, que posea datos referentes al diagnóstico, tratamiento o pronosis de alguna enfermedad y/o tratamiento físico o mental o que posea información relacionada con la cobertura sobre mi persona para que suministre a BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. o a su representante legal, toda la información que le sea solicitada. Autorizo a BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A., a que realice todo tipo de examen médico incluido sin limitarse todos aquellos que sirvan para diagnóstico de enfermedades de notificación obligatoria de acuerdo a la normativa vigente de salud. Esta autorización será válida por tres años a partir de la vigencia de la Póliza. Una copia de la misma se considerará tan válida como la original.
3. Autorizo a cualquier prestador o proveedor de servicios no médicos, como por ejemplo, establecimientos educativos, deportivos, o cualquier otra entidad pública o privada portadora o tenedora de información que no sea médica sobre mi persona para que suministre a BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. toda la información que le se a solicitada.
4. Autorizo a BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A., a obtener toda la información que considere necesaria, de cualquier médico, prestador de salud, aseguradoras, empresas de medicina prepagada nacionales o extranjeras, información sobre exámenes, tratamientos, diagnósticos, antecedentes médicos, etc. pero no limitado a exámenes o tratamientos médicos realizados, o que en el futuro se me practiquen mientras se encuentre vigente la Póliza. Cualquier acción por parte del Asegurado Propuesto o sus médicos que busquen obstaculizar la liberación de la información solicitada, hará cesar toda responsabilidad de parte de BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A.
5. Autorizo a BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A., utilizar canales de notificación y/o comunicación electrónica, call center, celular o cualquier mecanismo que guarde información en medios magnéticos o digitales en cualquier lugar y que registre la expresión de la voluntad de las partes. Esto incluye recibir información o notificaciones por cualquier medio incluyendo medios electrónicos.
6. 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 DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. 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 DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. toda la información que ésta les requiera, así como solicitar documentación adicional para identificar plenamente al cliente en cumplimiento de la política "Conozca a su Cliente" requerida por la Superintendencia de Compañías Valores y Seguros. Inclusive autorizo anticipadamente el levantamiento de sigilo o velo bancario en caso de ser necesario, incluido la revisión de los buró de crédito sobre la información de riesgos crediticios
7. Autorizo expresamente a la Compañía para que a solicitud de la autoridad del país o de aquellos con los que hubieren acuerdos de cooperación internacional lo que incluye organismos internacionales que entre sus actividades tengan la prevención de lavado de activos o actividades de financiamiento de terrorismo o actividades ilícitas, entregar información requerida lo que puede incluir datos personales. De igual forma, declaro que he leído y estoy familiarizado con la Política de Privacidad de la Compañía disponible en: <https://clientes.bmi.com.ec/politicas-bmi-del-ecuador/>, que declaro conocer y estar de acuerdo.

15. 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 DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. para la emisión de Pólizas de seguro.

_____ / _____ / _____
Lugar día mes año

Firma y Sello del Solicitante

Firma del Asegurado Propuesto

16. Reporte de la Agencia/Agente de Seguros (Espacio a ser llenado por el Ejecutivo/Agente)

Nombre o razón social de la Agencia /Agente: _____

Nombre y cargo del ejecutivo encargado: _____

Correo del ejecutivo encargado: _____

1. Si el cónyuge del Asegurado Propuesto no está asegurado, explique por qué _____

2. Si aplica, ¿Informó al Asegurado Propuesto sobre la Oficina de Información Médica, MIB? SI NO

3. ¿Vio personalmente al Asegurado Propuesto, le hizo cada una de las preguntas de la solicitud de seguro y registró las respuestas correctamente? SI NO

Declaro haber cumplido con el proceso de vinculación de clientes que estipula la política "Conozca a su Cliente" de la normativa vigente emitida por la Superintendencia de Compañías Valores y Seguros y que es requerida por BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A.

_____ / _____ / _____
Lugar día mes año

Firma del Ejecutivo/Agente

17. Requisitos

REQUISITOS OBLIGATORIOS

Copia a color del documento de identificación del Asegurado Propuesto. Copia del formulario 102 (SRI) si tiene negocio propio

Copia de un recibo de servicio básico (agua, luz, teléfono, internet / dirección registrada en la solicitud). Copia del formulario 102 (SRI) si es empleado privado o público y tiene negocio propio

Copia a color del documento de identificación del cónyuge del Asegurado Propuesto. Copia del formulario 107 (SRI) si es empleado privado o público

18. Justificación por falta de información y/o documentos

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |

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: _____

N° de tarjeta o cuenta: _____ F. de Vencimiento Mes _____ Año _____

el valor de: _____ **USD.**

Banco Emisor: _____

con la frecuencia de pago: Mensual Trimestral Semestral Anual

por el pago de primas de Pólizas y las primas que ajuste o fije en el futuro BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. por primas adicionales, recurrentes con ocasión de la renovación. En caso que me encontrare en mora de una o más primas, 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 DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. ("BMI ECUADOR") por la contratación de la(s) Póliza(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 ECUADOR por concepto de primas, 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 de cualquier tipo de indemnización será utilizado de forma lícita.

Estoy de acuerdo con el precio total pactado por la contratación de la Póliza, así como con el valor determinado por concepto de primas que BMI ECUADOR 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 ECUADOR, 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 de la respectiva Póliza de seguro está ligada al pago oportuno de las primas respectivas, en los términos previstos en la Póliza.

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 ECUADOR en relación al tratamiento de mis datos personales encontrada en: <https://www.bmicos.com/ecuador/proteccion-de-datos/proteccion-de-datos-bmi-del-ecuador/>.

Declaro, además, que he sido completamente informado y entiendo plenamente el servicio ofrecido, periodo de cobertura de la Póliza, periodicidad y forma de pago detalladas en la presente autorización de débito. Autorizo, debidamente informado y de manera expresa, a BMI ECUADOR, 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 lleve a contratar el seguro.

La presente autorización se mantendrá vigente, salvo que medie una comunicación escrita efectuada por parte del pagador a BMI ECUADOR, 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 ECUADOR, toda vez que dicha revocación podría afectar la continuidad de mi póliza. 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

N° de Póliza

RE-208-002

Rev. 2023. V.01

QUITO: Calle Suecia y Av. De los Shyris Edif. Plaza Renazzo Planta Baja. PBX: 2941-400 - Fax: 2941-400
GUAYAQUIL: Parque Empresarial Colón. Av. Jaime Roldós Aguilera Edif. Pacífica Center 3 y 4, Piso 1 PBX: 3717-600
CUENCA: Autopista Cuenca Azogues Edif. Cardeca Business Center. PBX: 4135-520