

### Definiciones a considerar

**Solicitante / contratante:** Persona natural que suscribe con una entidad aseguradora una Póliza o contrato de seguro.

**Asegurado Propuesto:** Persona natural sobre la cual se ha contratado una cobertura de seguro sobre sus riesgos personales.

**Beneficiarios:** Es la persona Natural o Jurídica, que ha de percibir, en caso de siniestro, el producto de la póliza del seguro contratado, pudiendo ser el propio contratante o un tercero.

Ciudad: \_\_\_\_\_ Fecha: día \_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_

Rol: Asegurado  Contratante/ Pagador  Beneficiario

En caso de seleccionar las opciones de contratante/pagador o de Beneficiario llenar la sección correspondiente a relación con el asegurado.

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

Para cualquiera de las opciones seleccionadas especifique: \_\_\_\_\_

### 1. Información Personal

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

#### Dirección del Domicilio

Calle Principal, Número, Transversal, Barrio/Sector

Provincia

Ciudad

País

#### Teléfonos:

Oficina

Celular

Correo Electrónico

### 2. Datos del Cónyuge o en Unión de Hecho

Primer Apellido: \_\_\_\_\_ Segundo Apellido: \_\_\_\_\_

Nombre(s): \_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_

#### Dirección de Oficina

Calle Principal, Número, Transversal, Barrio/Sector

Provincia

Ciudad

País

#### Teléfonos:

Oficina

Celular

Correo Electrónico

### 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  NO

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



- 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](mailto: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 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 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.

\_\_\_\_\_  
Firma

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Identificación: \_\_\_\_\_

## 7. Documentos adjuntos requeridos

Copia legible del documento de identificación.

SI  NO

## 8. Para Uso Interno de BMI del Ecuador Compañía de Seguros de Vida S.A.

\_\_\_\_\_  
Firma del Ejecutivo de BMI

Nombre del Ejecutivo de BMI \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_ día / mes / año