

1. INFORMACIÓN GENERAL

No. de Póliza o Contrato

Nombre del Titular

Número de Identificación

Fecha de nacimiento del titular:

DD

MM

AAAA

2. DATOS DEL TERCERO AUTORIZADO

Apellido Paterno:

Apellido Materno:

Nombres:

Nacionalidad:

Número de Identificación:

Tipo de

Identificación:

Cédula

Pasaporte

Lugar de Nacimiento:

Fecha de nacimiento:

Edad:

Teléfono

DD

MM

AAAA

Correo electrónico:

Relación con el asegurado

Cónyuge

Hijo/a

Padres

Dirección:

3. CAUSAL

No poseo o tengo acceso a cuenta bancaria

Procesos legales

Incapacidad física

*Si seleccionó una de las opciones mencionadas, por favor describa el detalle del causal.

Importante: Si el tercero autorizado no es titular de una póliza activa en BMI, por favor completar el "Apartado de Vinculación"

4. MÉTODO DE PAGO

Datos bancarios:

Tipo de cuenta

Corriente

Ahorros

Nombre del banco

Número de cuenta

Nombre del titular de la cuenta

Importante: Enviar la constancia de los datos bancarios detallados (Captura de la banca móvil, extracto de la cuenta en línea, etc.)

En mi calidad de titular de la póliza o contrato de medicina prepagada No. _____, por medio de la presente pongo en conocimiento de BMI del Ecuador Compañía de Seguros de Vida S.A./BMI Iguales Médicas del Ecuador S.A., en adelante "BMI", mi imposibilidad de recibir pagos de reembolsos o indemnizaciones de seguros a través de medios electrónicos, incluyendo transferencias bancarias, depósitos en cuentas propias, o cualquier otro instrumento bancario o financiero, debido a _____ (indicar motivo específico).

Declaro conocer y reconocer expresamente que, conforme a lo establecido en la normativa vigente, toda obligación de pago por parte de las Compañías debe efectuarse mediante medios electrónicos, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 25 del Libro III del Código Orgánico Monetario y Financiero, literal i), que establece textualmente: "Señalar que todo reembolso de seguros se realizará mediante transferencia electrónica de fondos o cualquier otro medio de pago electrónico."

Asimismo, conozco lo dispuesto en la Resolución No. SCVS-INS-2018-0007, literal 1.4 del artículo 1, Cláusulas Obligatorias, Sección 1 – Protección Contractual, que dispone: “La obligatoriedad a las aseguradoras de utilizar transferencias o medios de pago electrónicos a efectos de llevar a cabo reembolsos y pago de siniestros a los asegurados.”

En consecuencia, declaro bajo mi responsabilidad que la imposibilidad antes indicada se encuentra debidamente justificada, y que libero a BMI de cualquier responsabilidad o demora que se derive de la imposibilidad temporal o permanente de efectuar los pagos por medios electrónicos en cuentas propias, hasta que se me notifique por escrito la habilitación de un medio válido para dichos efectos.

Deslindo de toda responsabilidad a BMI y solicito que mi reembolso o indemnización sea pagada a través de transferencia a la cuenta señalada en el presente documento.

5. DECLARACIÓN

Por medio del presente documento, quien suscribe, en su calidad de asegurado y/o titular de la póliza, autoriza expresamente a BMI a efectuar el pago de los reembolsos o indemnizaciones correspondientes al tercero designado, en lugar de recibirlos directamente.

El suscrito reconoce y acepta que el pago realizado al tercero autorizado producirá el mismo efecto liberatorio que si hubiere sido entregado directamente al Titular, liberando en forma total, irrevocable y definitiva a BMI de toda obligación, reclamo, responsabilidad o contingencia relacionada con dicho pago.

Esta autorización se otorga de manera libre, expresa y voluntaria, y solo podrá ser revocada mediante comunicación escrita presentada a la aseguradora antes de que el pago sea efectuado. BMI se reserva el derecho de solicitar documentación adicional para verificar la identidad y facultades del tercero autorizado.

El asegurado declara conocer y aceptar que BMI no asume responsabilidad alguna por el uso, disposición o manejo que el tercero autorizado haga de los fondos recibidos, ni por conflictos, disputas, pérdidas o daños que pudieran derivarse de ello. En consecuencia, renuncia de forma expresa e irrevocable a ejercer cualquier tipo de acción, reclamo o demanda —presente o futura— en contra de BMI, sus filiales, accionistas, administradores, directivos, funcionarios o representantes legales, por causa o motivo del pago efectuado conforme a la presente autorización.

Asimismo, declaro bajo juramento que toda la información contenida en esta solicitud es veraz, completa y auténtica, y reconozco que la presentación de información falsa, incompleta o engañosa con la intención de perjudicar o defraudar a BMI constituye un delito sancionado por la legislación ecuatoriana vigente.

Consiento el tratamiento de mis datos personales, incluidos datos sensibles, por parte de BMI, 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/>. 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, limitación y revocatoria del consentimiento en cualquier momento a través de (correo electrónico).

El presente documento no sustituye la presentación posterior de un poder notarial bajo fe pública. La compañía se reserva el derecho de aceptar o no la designación de dicho tercero autorizado o a su vez solicitar otros documentos adicionales que sustenten la propiedad de las cuentas bancarias a depositar o la identidad y/o calidad del tercero designado a ser receptor del pago correspondiente.

Nombre del Asegurado Principal

Firma del Asegurado Principal

Nombre del Tercero

Firma del Tercero

DD	MM	AAAA
----	----	------

Fecha

1. INFORMACIÓN GENERAL

Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Nombres:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Nacionalidad:	Tipo de Identificación: <input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte		Número de Identificación:
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Lugar de Nacimiento:	Fecha de nacimiento: DD MM AAAA	Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Unión de hecho			
DIRECCIÓN DOMICILIO:			
Calle Principal, Número, Transversal, Barrio/Sector y Cantón			
Provincia	Ciudad	País	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
TELÉFONOS:			
Domicilio	Celular	Correo Electrónico	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

2. DATOS DEL CÓNYUGE O UNIÓN DE HECHO

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

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 OFICINA

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

Provincia Ciudad País

TELÉFONOS:

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

4. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total de ingresos mensuales:	(=)	<input type="text"/>	USD
Total de egresos mensuales:	(=)	<input type="text"/>	USD
Otros ingresos (mensuales):	(=)	<input type="text"/>	USD
Situación Financiera:			
	Total Activos	<input type="text"/>	USD
	Total Pasivos	(-)	<input type="text"/>
	Patrimonio	(=)	<input type="text"/>

Fuentes 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: 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: DD MM AAAA
 Fecha de Culminación: DD MM AAAA
 Relación con el PEP:

6. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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 del Ecuador Compañía de Seguros de Vida S.A./BMI Iguales Médicas del Ecuador S.A., en adelante BMI DEL ECUADOR, 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 seguro; prestación y cobertura del servicio asistencial objeto del contrato de seguro 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 seguro; ofrecimiento y gestión de programas asistenciales y de prevención (servicio de promoción de salud), objeto del contrato de seguro; 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 ECUADOR 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 ECUADOR 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 ECUADOR 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 ECUADOR 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 ECUADOR 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-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, 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 mandala 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.

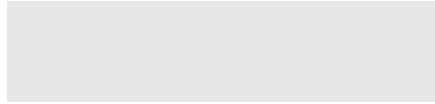
4. Autorizo expresamente a BMI ECUADOR para que realice el tratamiento de mis datos personales conforme las disposiciones expuestas en el punto

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.

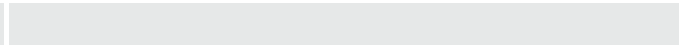
Como constancia de haber leído y entendido, acepto el contenido de la presente solicitud y declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes, por lo que me obligo a presentar toda la documentación que demuestre mis declaraciones y firmo el presente documento en señal de comprensión, aceptación y conformidad de su contenido. La información proporcionada en este documento será de estricta confidencialidad, que será utilizada por BMI DEL ECUADOR para sus debidos procesos.



Firma

Nombre:

Número de Identificación:



7.DOCUMENTOS ADJUNTOS REQUERIDOS

Copia legible del documento de identificación. SI NO