

FORMULARIO DE BENEFICIARIOS

Cuando el parentesco con los beneficiario(s) NO corresponda a: padres, hijos, abuelos, hermanos, nietos, tíos, sobrinos, bisabuelos, bisnietos, primos hermanos, tatarabuelos, tataranietos, cónyuge o conviviente, padres del cónyuge o conviviente, hijos del cónyuge o conviviente, yernos, nueras, abuelos del cónyuge o conviviente, padrastros y nieto político.

Nombre del Propuesto Asegurado:

Número de identificación del Propuesto Asegurado: Relación o parentesco con el Asegurado:

1. INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO

a) Apellidos y nombres completos:

b) Número de identificación:

Cédula
Pasaporte

c) Sexo:

Mujer
Hombre

d) Estado civil:

Soltero Casado Divorciado U/Libre Viudo

e) Lugar y fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):

f) Dirección de residencia:

Calle principal / Número / Transversal:

Barrio/Sector: Provincia: Cantón: Ciudad: País:

g) Teléfono de domicilio:

h) Teléfono celular:

i) Correo electrónico:

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE O DE LA UNIÓN DE HECHO DEL BENEFICIARIO

j) Apellidos y nombres completos:

k) Número de identificación:

Cédula
Pasaporte

2. DATOS ACTIVIDAD ECONÓMICA / OCUPACIÓN / NEGOCIO DEL BENEFICIARIO

a) Es usted: Empleado privado Empleado público Negocio propio Jubilado Estudiante Quehaceres domésticos

b) Nombre o razón social:

c) Actividad económica principal:

d) Cargo:

e) Dirección de oficina:

Calle Principal:

Número:

Transversal:

Barrio/Sector:

Provincia:

Cantón:

Ciudad:

País:

f) Teléfono de oficina:

g) Correo electrónico de oficina:

INFORMACIÓN FINANCIERA DE LA ACTIVIDAD PRINCIPAL:

h) Total de ingresos mensuales: (=) USD.

i) Total de egresos mensuales: (=) USD.

j) Situación Financiera:

Total Activos

USD.

Total Pasivos

USD.

Reclamaciones presentadas e indemnizaciones recibidas por concepto de seguros, respecto de cualquier asegurado, en los dos últimos años cuando el valor de cada indemnización haya superado los diez mil dólares de los Estados Unidos de América (USD\$ 10.000,00)

Fecha	Valor recibido	Compañía de seguros

FORMULARIO DE BENEFICIARIOS

3. AUTORIZACIONES

3.1 Autorizo a BMI DEL ECUADOR COMPAÑIA 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.

Solamente el personal autorizado de BMI DEL ECUADOR COMPAÑIA DE SEGURO DE VIDA S.A. tendrá la potestad de completar los espacios no llenados en el formulario de beneficiarios o que se encuentren ilegibles. Esta autorización implica el numeral 2. Se aclara en este caso, que la información recabada se guardará en medio digital.

3.2 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 COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA S.A. a realizar el análisis y las verificaciones que considere necesarias; 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 COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA S.A. toda la información que ésta les requiera, así como solicitar documentación adicional para identificar plenamente al beneficiario 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.

4. DECLARACIÓN DE PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE - BENEFICIARIO

Usted, su cónyuge, parientes o colaboradores cercanos hasta el segundo grado de consanguinidad y primero de afinidad (ejemplo: abuelos, padres, hijos, hermanos, tíos, primos, suegros, cuñados) desempeñan o han desempeñado funciones públicas a partir del grado 4 determinado en la "Escala de remuneración mensual unificada del nivel jerárquico superior" del Ministerio de Relaciones Laborales en el último año, como por ejemplo: Presidente, Vicepresidente, Ministro, Secretario Nacional, Viceministro, Subsecretario, Director General, Director Nacional o autoridades de control; o que sin ocupar cargo público alguno tiene injerencia política a nivel nacional o internacional. SI NO

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

Nombres y Apellidos: Número de Cédula de Ciudadanía:

Cargo: Institución: Tiempo de Servicio: Relación con el Asegurado:

Adicionalmente, declaro que SI NO mantengo relaciones de tipo:

Comercial Contractual Laboral Otros (especifique)

5. DECLARACIONES

5.1 Declaro que la información contenida en este formulario es verdadera, completa y proporcionada de modo fidedigno y actualizado. 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 COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA S.A. cualquier cambio en la situación de riesgo asumido y 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 COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA S.A., me comprometo a proveer la documentación e información que me sea solicitada.

5.2 Conocedor (a) de las penas de perjurio declaro bajo juramento que el destino de los valores recibidos por parte de BMI DEL ECUADOR COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA S.A. por concepto de indemnización de la (las) póliza(s) serán destinados a actividades lícitas. Declaro que la información arriba detallada es de absoluta responsabilidad de quien suscribe este documento.

6. FIRMA

Como constancia de haber leído y entendido, acepto el contenido del presente formulario 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 COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA S.A. para la emisión de pólizas de seguro.

.....
FIRMA DEL BENEFICIARIO
C.C./PASAPORTE

.....
Lugar

..... /
día

..... /
mes

.....
año

7. REQUISITOS

a) Copia legible del documento de identificación del beneficiario

La información proporcionada en este documento será de estricta confidencialidad, misma que será utilizada por BMI DEL ECUADOR COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA S.A para la emisión de pólizas.

El Contratante y/o Asegurado podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de éste texto.

NOTA: La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente formularios el registro No. 52002; con oficio No. SCVS-IRQ-DRS-SCTSR-2019-00052721-O de 29 de julio de 2019.