

SOLICITUD DE SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA

1. INFORMACIÓN PERSONAL DEL TITULAR PROPUESTO

a) Apellidos y nombres completos:				
b) Número de identificación: Cédula <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> <input type="text"/>		c) Sexo: Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/>	d) Estatura: m. / cm. <input type="text"/>	e) Peso: Kg <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Lb. <input type="checkbox"/> <input type="text"/>
f) Estado civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> U/Libre <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>				
g) Lugar y fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):			h) Nacionalidad:	i) Edad:
j) Dirección de residencia: Calle principal / Número / Transversal:				
Provincia:		Cantón	Ciudad:	País:
k) Teléfono de domicilio:		l) Teléfono celular:	m) Correo electrónico:	
INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE O DE LA UNIÓN DE HECHO DEL TITULAR PROPUESTO				
n) Apellidos y nombres completos:				
ñ) Número de identificación: Cédula <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> <input type="text"/>				

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL TITULAR PROPUESTO

a) Es usted: Empleado privado <input type="checkbox"/> Empleado público <input type="checkbox"/> Negocio propio <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Quehaceres domésticos <input type="checkbox"/>					
b) Nombre o razón social:		c) Actividad económica principal:	d) Años en este empleo o actividad:	e) Cargo:	
f) Dirección de oficina:	Calle principal / Número / Transversal			Ciudad:	País:
g) Teléfono de oficina:			h) Correo electrónico de oficina:		
i) Ingresos mensuales generados por su actividad económica principal: (+) USD. <input type="text"/>					
j) Otros ingresos mensuales diferentes a los originados por la actividad económica principal*: (+) USD. <input type="text"/>					
k) Total de ingresos mensuales: (=) USD. <input type="text"/>					
l) Total de egresos mensuales: (=) USD. <input type="text"/>					
m) *Fuente de otros ingresos diferente de la actividad económica principal: _____					
n) Situación Financiera:		Total Activos	USD.	<input type="text"/>	
		Total Pasivos	USD.	<input type="text"/>	
ñ) ¿Ha residido en algún país distinto a Ecuador en los últimos 5 años? En caso afirmativo indique el país					
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					

3. DEPENDIENTE(S) PROPUESTO(S)

a) Dependiente 1: Apellidos y nombres completos:			Número de identificación: Cédula <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> <input type="text"/>		
Lugar de Nacimiento:	Nacionalidad:	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):	Edad:	Parentesco con el Titular:	
Estatura: m. / cm. <input type="text"/>		Peso: Kg. <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Lb. <input type="checkbox"/> <input type="text"/>	Sexo: Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/>		

SOLICITUD DE SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA

b) Dependiente 2: Apellidos y nombres completos:			Número de identificación: Cédula <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> <input type="text"/>	
Lugar de Nacimiento:	Nacionalidad:	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):	Edad:	Parentesco con el Titular:
Estatura: m. / cm. <input type="text"/>	Peso: Kg. <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Lb. <input type="checkbox"/> <input type="text"/>	Sexo: Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/>		

c) Dependiente 3: Apellidos y nombres completos:			Número de identificación: Cédula <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> <input type="text"/>	
Lugar de Nacimiento:	Nacionalidad:	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):	Edad:	Parentesco con el Titular:
Estatura: m. / cm. <input type="text"/>	Peso: Kg. <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Lb. <input type="checkbox"/> <input type="text"/>	Sexo: Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/>		

d) Dependiente 4: Apellidos y nombres completos:			Número de identificación: Cédula <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> <input type="text"/>	
Lugar de Nacimiento:	Nacionalidad:	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):	Edad:	Parentesco con el Titular:
Estatura: m. / cm. <input type="text"/>	Peso: Kg. <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Lb. <input type="checkbox"/> <input type="text"/>	Sexo: Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/>		

e) Dependiente 5: Apellidos y nombres completos:			Número de identificación: Cédula <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> <input type="text"/>	
Lugar de Nacimiento:	Nacionalidad:	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):	Edad:	Parentesco con el Titular:
Estatura: m. / cm. <input type="text"/>	Peso: Kg. <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Lb. <input type="checkbox"/> <input type="text"/>	Sexo: Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/>		

f) Dependiente 6: Apellidos y nombres completos:			Número de identificación: Cédula <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> <input type="text"/>	
Lugar de Nacimiento:	Nacionalidad:	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):	Edad:	Parentesco con el Titular:
Estatura: m. / cm. <input type="text"/>	Peso: Kg. <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Lb. <input type="checkbox"/> <input type="text"/>	Sexo: Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/>		

De las personas propuestas para el seguro, ¿existe alguna residiendo en otro lugar? SI NO

En caso afirmativo indique el nombre de la persona, motivo, lugar, dirección y tiempo

.....

4. INFORMACIÓN DE DISCAPACIDAD

Completar si 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

.....

b) Nombre de la persona con discapacidad:

Favor detallar los diagnósticos que causaron la discapacidad

.....

Favor adjuntar el carné de persona con discapacidad emitida por la autoridad sanitaria nacional.

HISTORIAL MÉDICO

5. CONDICIONES MÉDICAS RESPECTO A TODOS LOS SOLICITANTES (TITULAR Y DEPENDIENTES PROPUESTOS)

¿Padece usted, han padecido, están bajo tratamiento o han sido informados de alguna de las siguientes enfermedades o desórdenes? SI NO

a. ¿Asma, enfisema, bronquitis u otras enfermedades o desórdenes de sistema respiratorio?

b. ¿Fuman cigarrillos u otros productos derivados del tabaco? En caso afirmativo, ¿qué cantidad al día?
Si Ud. fumaba cigarrillos pero dejó de hacerlo, ¿qué tiempo hace que los dejó?

c. ¿Dolores en el pecho, hipertensión arterial, fiebre reumática, soplo cardíaco, ataques cardíacos y otras enfermedades o desórdenes del corazón o circulatorios?

c.1 ¿Consultó algún doctor por esta causa?

c.2 ¿Tomó algún medicamento para dicho dolor?

c.3 ¿Cuál?

d. ¿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?

d.1 ¿Ha sufrido isquemia cerebral transitoria?

e. ¿Enfermedades o desórdenes de los riñones, vejiga o próstata, enfermedades venéreas o sangre en la orina?

f. ¿Enfermedades o desórdenes de la piel, de los ganglios linfáticos o quistes?

g. ¿Diabetes, desórdenes de tiroides, gota u otro trastorno endócrino?

h. ¿Hemorragia intestinal, úlcera, hernia, apendicitis, colitis, diverticulitis, hemorroides, indigestión recurrente u otro desorden del estómago, intestinos, hígado (Ictericia), páncreas o vesícula biliar?

i. ¿Algunas enfermedades o desórdenes de los músculos, huesos, incluyendo la columna vertebral, la espalda y las articulaciones?

j. ¿Algunas enfermedades o desórdenes de los ojos, oídos, nariz o garganta?

k. ¿Alergias, anemia u otro desorden sanguíneo?

l. ¿Trastornos de útero, ovarios, senos u otros desórdenes ginecológicos?

m. ¿Algunas enfermedades o desórdenes de los órganos reproductivos?

n. ¿Otras enfermedades, lesiones, operaciones, deformidades, o amputación?

ñ. ¿Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o Síndrome complejo relacionado al SIDA (SCRS)?

o. ¿Cáncer o tumores de cualquier otra clase?

p. ¿Tratamiento o medicamento que recibe en la actualidad?

q. ¿Se le ha aconsejado alguna prueba diagnóstica, hospitalización o cirugía que no se ha llevado a cabo?

r. 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?

s. Mujeres: ¿Se encuentra Ud. en estado de gestación?
Número de semanas _____

6. FAVOR PROPORCIONAR DETALLES DE LAS RESPUESTAS AFIRMATIVAS DE LA SECCIÓN 5

Pregunta:	Nombre del Titular / Dependiente:	Diagnóstico / Detalle:	Desde: dd/mm/aaaa	Hasta: dd/mm/aaaa
Tratamiento, exámenes realizados y resultados:			Estado actual:	
Pregunta:	Nombre del Titular / Dependiente:	Diagnóstico / Detalle:	Desde: dd/mm/aaaa	Hasta: dd/mm/aaaa
Tratamiento, exámenes realizados y resultados:			Estado actual:	
Pregunta:	Nombre del Titular / Dependiente:	Diagnóstico / Detalle:	Desde: dd/mm/aaaa	Hasta: dd/mm/aaaa
Tratamiento, exámenes realizados y resultados:			Estado actual:	
Pregunta:	Nombre del Titular / Dependiente:	Diagnóstico / Detalle:	Desde: dd/mm/aaaa	Hasta: dd/mm/aaaa
Tratamiento, exámenes realizados y resultados:			Estado actual:	

SOLICITUD DE SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA

7. MEDICAMENTOS

¿Se le ha recomendado al Titular y/o Dependientes tomar algún medicamento o está tomando algún medicamento? Si respondió SI, por favor detallar SI NO

Nombre del Titular / dependiente	Nombre del medicamento	Causa	Cantidad	Frecuencia	Desde	Hasta
					dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa
					dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa
					dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa

8. CHEQUEOS MÉDICOS REALIZADOS

¿Ha tenido el Titular y/o Dependientes un examen de rutina y/o pediátrico y/o ginecológico y/o de próstata en los últimos 2 años? Si respondió SI, por favor detallar SI NO

Nombre del Titular / Dependiente	Tipo de examen	Fecha	Resultado	Si tiene diagnóstico favor explicar
			Con diagnóstico <input type="checkbox"/> Sin diagnóstico <input type="checkbox"/>	
			Con diagnóstico <input type="checkbox"/> Sin diagnóstico <input type="checkbox"/>	
			Con diagnóstico <input type="checkbox"/> Sin diagnóstico <input type="checkbox"/>	

9. ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES

¿Ha padecido algún pariente del Titular y/o Dependiente de diabetes, cáncer, hipertensión arterial, enfermedad cardíaca, renal o mental? Si respondió SI, por favor detallar el parentesco SI NO

Titular / Dependiente.....

Parentesco	Edad si vive	Explicación a la sección 9	Edad al Morir	Causa del fallecimiento

Titular / Dependiente.....

Parentesco	Edad si vive	Explicación a la sección 9	Edad al Morir	Causa del fallecimiento

10. SEGURO DE VIDA O SALUD QUE LOS SOLICITANTES TENGAN EN VIGOR

SALUD VIDA NINGUNO

SOLICITUD DE SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA

11. ¿INTENTA REEMPLAZAR CON ESTA PÓLIZA ALGÚN CONTRATO/PÓLIZA DE SALUD O VIDA CON ESTA U OTRA COMPAÑÍA?

NO SI ¿CUÁL?

12. DATOS PARA LA EMISIÓN DE LA FACTURA

Razón social / Nombre y Apellidos:

RUC / Cédula:

Correo electrónico:

Relación:

Padre Madre Hijo Empleador Cónyuge Otro

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

Solicito a BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA 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 N°:

Observación: La cuenta debe ser exclusivamente del Titular, no puede pertenecer a terceros.

14. DECLARACIÓN DE PERSONA EXPUESTA POLITICAMENTE

Usted desempeña o ha desempeñado funciones públicas a partir del 4to grado determinado en la "Escala de remuneración mensual unificada del nivel jerárquico superior" del Ministerio de Relaciones Laborales 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 parágrafo anterior. SI NO

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

Nombres y Apellidos: Cédula:

Cargo: Institución:

Tiempo de Servicio: Relación con el Titular/Asegurado:

15. AUTORIZACIONES

15.1 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 para la declaración de preexistencias del titular y de los dependientes propuestos. 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 Titular tiene el deber absoluto de proveer la información veraz, sin importar cualquier declaración a lo contrario hecha por el agente. La falta de contestar verídicamente cualquier pregunta y/o la omisión de la información en la solicitud del seguro podrá adicionalmente acarrear su anulación.

15.2 BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. 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 de la póliza solicitada. 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 y/o Dependientes propuestos 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.

15.3 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.
Solamente el personal autorizado de BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. tendrá la potestad de completar los espacios no llenados en el formulario de solicitud o que se encuentren ilegibles. Esta autorización implica los numerales 1, 2 y 12. Se aclara en este caso, que la información recabada se guardará en medio digital.

SOLICITUD DE SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA

- 15.4 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 COMPANÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. a realizar el análisis y las verificaciones que considere necesarias para corroborar la licitud de fondos comprendidos en la póliza 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 COMPANÍA 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.
- 15.5 Estas autorizaciones serán válidas mientras la póliza se mantenga vigente y una copia de la misma se considerará tan válida como la original.

16. DECLARACIONES

- 16.1 Una vez aprobada esta solicitud pasará a formar parte de la Póliza de Seguro de Asistencia Médica emitida como consecuencia de esta solicitud.
- 16.2 Declaro que todos los datos proporcionados en la presente solicitud, que servirán de base para el estudio del riesgo propuesto, son verídicos.
- 16.3 Declaro que la información contenida en esta solicitud 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 COMPANÍA 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 COMPANÍA 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, Titulares y/o Dependientes.
- 16.4 Conocedor(a) de las penas de perjurio declaro bajo juramento que el origen de los valores cancelados a BMI DEL ECUADOR COMPANÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A., por la(s) póliza(s) son y provienen de actividades lícitas. Así mismo, el pago de cualquier tipo de indemnización será utilizado de forma lícita. Declaro que la información antes detallada es de absoluta responsabilidad de quien suscribe este documento.

17. 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 COMPANÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. para la emisión de pólizas de seguro.

..... Lugar día / mes / año

.....
FIRMA DEL TITULAR

.....
FIRMA DEL CONYUGUE (si está asegurado(a))

18. DATOS DE LA AGENCIA/AGENTE DE SEGUROS

Declaro haber gestionado la presente solicitud y todos los documentos habilitantes requeridos por la Compañía.

Nombre del Ejecutivo/Agente: Correo del Ejecutivo/Agente:

Nombres de la Agencia /Agente de Seguros:

Firma del Ejecutivo/Agente:

19. DOCUMENTOS ADJUNTOS REQUERIDOS

- Copia legible del documento de identificación de los asegurados propuestos.....
- Copia de un recibo de servicio básico del Titular (agua, luz, teléfono, internet / dirección registrada en la solicitud).....

La información proporcionada en este documento será de estricta confidencialidad, misma que será utilizada por BMI DEL ECUADOR COMPANÍA 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 a la presente solicitud el registro No. 51938; con oficio No. SCVS-IRQ-DRS-SCTSR-2019-00045314-O de 10 de julio de 2019.

