

FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTE INDIVIDUAL (CONTRATANTE PERSONA JURÍDICA) SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA

1. DATOS DEL CONTRATANTE

a) Razón Social:		b) RUC N°:	
c) Actividad Económica:		d) Fecha de constitución (dd/mm/aaaa):	
e) Objeto Social:			
f) Dirección de oficina:	Calle principal / Número / Transversal:		
	Provincia:	Cantón:	Ciudad:
g) Teléfono de oficina:		h) Teléfono celular:	i) Correo electrónico:
j) La empresa es: Sociedad anónima <input type="checkbox"/> Cía Ltda. <input type="checkbox"/> Sociedad de Hecho <input type="checkbox"/> ONG <input type="checkbox"/> Sector Público <input type="checkbox"/> Economía Mixta <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> especifique.....			

2. INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

a) Apellidos y nombres completos:			
b) Número de identificación:		Cédula <input type="checkbox"/>	<input style="width: 150px;" type="text"/>
		Pasaporte <input type="checkbox"/>	<input style="width: 150px;" type="text"/>
c) Sexo: Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/>		d) Estado civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> U/Libre <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>	
e) Lugar y fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):			
f) Dirección de domicilio:	Calle principal / Número / Transversal:		Ciudad:
			País:
g) Teléfono de domicilio:		h) Teléfono celular:	i) Correo electrónico:
j) Apellidos y nombres completos del cónyuge o conviviente legal:			
k) Número de identificación del cónyuge:		Cédula <input type="checkbox"/>	<input style="width: 150px;" type="text"/>
		Pasaporte <input type="checkbox"/>	<input style="width: 150px;" type="text"/>

3. RELACION DEL CONTRATANTE CON EL ASEGURADO

a) El vínculo existente entre el contratante y el asegurado propuesto es:	
Familiar <input type="checkbox"/>	Laboral <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/>
Otro (Especifique)	

4. INFORMACIÓN FINANCIERA

a) Ventas anuales: USD.	<input style="width: 200px;" type="text"/>	b) Activos USD.	<input style="width: 200px;" type="text"/>
		c) Pasivos USD.	<input style="width: 200px;" type="text"/>
		d) Patrimonio USD.	<input style="width: 200px;" type="text"/>

FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTE INDIVIDUAL (CONTRATANTE PERSONA JURÍDICA) SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA

5. AUTORIZACIONES

- 5.1 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 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 vinculación o que se encuentren ilegibles, Esta autorización implica los numerales 1, 2 y 4. Se aclara en este caso, que la información recabada se guardará en medio digital.
- 5.2 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 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.

6. DECLARACIÓN DE PERSONA EXPUESTA POLITICAMENTE – REPRESENTANTE LEGAL

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 párrafo 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:

7. DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN

7.1 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 COMPAÑÍA 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 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, asegurados, o beneficiario(s).

7.2 Conocedor 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(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.

8. 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 COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. para la emisión de pólizas de seguro.

..... Lugar día / mes / año

.....
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL CONTRATANTE DE LA POLIZA

.....
FIRMA DEL ASEGURADO DE LA POLIZA

FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTE INDIVIDUAL (CONTRATANTE PERSONA JURÍDICA) SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA

9. REQUISITOS

- a) Copia de Registro Único de Contribuyente (RUC)
- b) Copia de la escritura de constitución y sus reformas de existir.....
- c) Nómina actualizada de accionistas o socios, en la que consten los montos de acciones o participaciones obtenida en el órgano de control competente
- d) Certificado de cumplimiento de obligaciones otorgados por el órgano de control competente
- e) Estados financieros - mínimo un año atrás - auditados de ser el caso o formulario 101 del SRI
- f) Copia de recibo de pago de servicio básico (agua, luz, teléfono, internet / dirección registrada en el formulario)
- g) Copia certificada del nombramiento del Representante Legal o Apoderado
- h) Copia legible de la cédula de identidad del Representante Legal o Apoderado
- i) Copia legible de la cédula de identidad del cónyuge o conviviente del Representante Legal o Apoderado
- j) Copia del pago del impuesto a la renta del año anterior (si está contratando una póliza de vida).....

10. JUSTIFICACIÓN POR FALTA DE INFORMACIÓN Y/O DOCUMENTACIÓN

.....

.....

.....

.....

.....

La información proporcionada en este documento será de estricta confidencialidad, misma que será utilizada por BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA 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 formulario el registro No. 52029; con oficio No. SCVS-IRQ-DRS-SCTSR-2019-00058845-Ode 21 de agosto de 2019

