

FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTE INDIVIDUAL (CONTRATANTE PERSONA NATURAL DIFERENTE DEL ASEGURADO PROPUESTO) SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA

Contratante: Persona natural que suscribe con una entidad aseguradora una póliza o contrato de seguro.
Asegurado: Persona natural sobre la cual se ha contratado una cobertura de seguro sobre sus riesgos personales.

1. INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE – PERSONA NATURAL DIFERENTE AL ASEGURADO

a) Apellidos y nombres completos:				
b) Número de identificación:		Cédula <input type="checkbox"/>		c) Sexo: Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/>
		Pasaporte <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 residencia:	Calle principal / Número / Transversal:			
	Provincia:	Cantón:	Ciudad:	País:
g) Teléfono de domicilio:		h) Teléfono celular:		i) Correo electrónico:
INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE O DE LA UNIÓN DE HECHO DEL ASEGURADO PROPUESTO				
j) Apellidos y nombres completos:				
k) Número de identificación:		Cédula <input type="checkbox"/>		
		Pasaporte <input type="checkbox"/>		

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL CONTRATANTE – PERSONA NATURAL DIFERENTE AL ASEGURADO

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:		
INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATANTE					
i) Ingresos mensuales generados por su actividad económica principal:				(+ USD. <input style="width: 100px;" type="text"/>)	
j) Otros ingresos mensuales diferentes a los originados por la actividad económica principal*:				(+ USD. <input style="width: 100px;" type="text"/>)	
k) Total de ingresos mensuales:				(=) USD. <input style="width: 100px;" type="text"/>	
l) *Fuente de otros ingresos diferente de la actividad económica principal: _____					
m) Situación Financiera:		Total Activos		USD. <input style="width: 100px;" type="text"/>	
		Total Pasivos		USD. <input style="width: 100px;" type="text"/>	

3. RELACION DEL CONTRATANTE CON EL ASEGURADO

a) El vínculo existente entre el contratante y el asegurado propuesto es:	
Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Empleador <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Otro (Especifique) _____	

**FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTE INDIVIDUAL
(CONTRATANTE PERSONA NATURAL DIFERENTE DEL ASEGURADO PROPUESTO)
SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA**

4. REFERENCIAS DEL CONTRATANTE

(a) Referencias personales			b) Referencias comerciales		c) Referencias bancarias Tarjeta de crédito	
Nombre	Parentesco	Teléfono	Entidad	Teléfono	Institución financiera	Tipo de cuenta o de tarjeta de crédito

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 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 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 DEL CONTRATANTE

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:

7. DECLARACIONES

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.

**FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTE INDIVIDUAL
(CONTRATANTE PERSONA NATURAL DIFERENTE DEL ASEGURADO PROPUESTO)
SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA**

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 COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA S.A. para la emisión de póliza(s) de seguro.

.....
FIRMA DEL CONTRATANTE DE LA PÓLIZA

.....
FIRMA DEL ASEGURADO DE LA PÓLIZA

.....
Lugar

..... /
día

..... /
mes

..... /
año

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

- a) Copia legible del documento de identificación del contratante.....
- b) Copia de un recibo de servicio básico del contratante (agua, luz, teléfono, internet / dirección registrada en el formulario).....
- c) Copia legible del documento de identificación del cónyuge del contratante.....
- Documentos **adicionales** para póliza de vida:
- d) Copia del formulario 102 (SRI) si tiene negocio propio.....
- e) Copia del formulario 102 (SRI) si es empleado privado o público y tiene negocio propio.....
- f) Copia del formulario 107 (SRI) si es empleado privado o público.....

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 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 formulario el registro No. 52027; con oficio No. SCVS-IRQ-DRS-SCTSR-2019-00058845-Ode 21 de agosto de 2019

