

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 Asegurado Propuesto: _____

Número de Identificación del Asegurado Propuesto: _____

Relación o Parentesco con el Asegurado Propuesto: _____

1. Información del Beneficiario

Primer Apellido: _____ Tipo de Identificación: Cédula Pasaporte

Segundo Apellido: _____ Número de Identificación: _____

Nombre(s): _____

Lugar y Fecha de Nacimiento (dd/mm/aa) _____

Sexo: F M Estado Civil: Soltero Divorciado Viudo Casado U/Libre

Dirección de Oficina

Calle Principal, Número, Transversal, Barrio/Sector

Provincia

Ciudad/Cantón

País

Teléfonos:

Oficina

Celular

Correo Electrónico

Información del Cónyuge o de la Unión de Hecho del Beneficiario

Primer Apellido: _____ Tipo de Identificación: Cédula Pasaporte

Segundo Apellido: _____ Número de Identificación: _____

Nombre(s): _____

2. Actividad Económica/Ocupación/Negocio del Beneficiario

Es usted: Empleado Privado Empleado Público Negocio Propio Jubilado Estudiante Quehaceres Domésticos

Nombre o Razón Social: _____

Actividad Económica Principal: _____

Cargo: _____

2. Actividad Económica/Ocupación/Negocio del Beneficiario

Dirección de Oficina

Calle Principal, Número, Transversal, Barrio/Sector

Provincia

Ciudad/Cantón

País

Teléfonos:

Oficina

Celular

Correo Electrónico

Información Financiera de la Actividad Principal:

Total Ingresos mensuales generados por su actividad económica principal: (+) USD

Total Egresos mensuales generados por su actividad económica principal: (+) USD

Situación Financiera:

Total Activos USD

Total Pasivos USD

Reclamaciones presentadas e indemnizaciones recibidas por concepto de seguros, respecto de cualquier asegurador, 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

Fecha	Valor Recibido	Compañía de Seguros

3. Declaración de Persona Expuesta Políticamente - Beneficiario

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 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 su respuesta es Si, por favor llene la siguiente información: SI NO

Nombres y Apellidos:	Cédula:
Cargo	Institución
Tiempo de Servicio	Relación con el Titular Propuesto

Nombres y Apellidos:	Cédula:
Cargo	Institución
Tiempo de Servicio	Relación con el Titular Propuesto

4. Declaraciones

4.1 Declaro que todos los datos e información contenida en este formulario, que servirán de base para el estudio del riesgo propuesto son verdaderos, completos y proporcionados de modo fidedigno y actualizado, sin importar cualquier declaración a lo contrario hecha por el agente. 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 en 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.

4.2 Conocedor(a) 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 (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.

4.3 La veracidad de las declaraciones aquí contenidas son las que motivan a que BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A., vincule al cliente propuesto y en consecuencia cualquier declaración falsa o inexacta o su omisión implicaría la intención de irrogar daño o perjudicar a BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. con las consecuencias legales que esto implica.

5. Autorizaciones

5.1 Declaro que todos los datos e información contenida en este formulario, que servirán de base para el estudio del riesgo propuesto son verdaderos, completos y proporcionados de modo fidedigno y actualizado, sin importar cualquier declaración a lo contrario hecha por el agente. 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 en 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.

5.2 Conocedor(a) 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 (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.

5.3 La veracidad de las declaraciones aquí contenidas son las que motivan a que BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A., vincule al cliente propuesto y en consecuencia cualquier declaración falsa o inexacta o su omisión implicaría la intención de irrogar daño o perjudicar a BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. con las consecuencias legales que esto implica.

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

_____ / _____ / _____
Lugar

_____ / _____ / _____
día mes año

Firma del Beneficiario

7. Requisitos

a) Copia legible del documento de identificación del beneficiario