

1. Datos del Solicitante

a) Razón Social: _____ b) RUC No.: _____
c) Actividad Económica: _____ d) Fecha de constitución: _____
Día / mes / año
e) Objeto Social: _____

Dirección de Oficina

Calle Principal, Número, Transversal, Barrio/Sector

Provincia

Ciudad/Cantón

País

Teléfonos:

Oficina

Celular

Correo Electrónico

La empresa es: Sociedad Anónima Cía Ltda. Sociedad de Hecho ONG Sector Público
Economía Mixta Otro Especifique _____

2. Información del Representante Legal o Apoderado

Primer Apellido: _____ Tipo de Identificación: Cédula Pasaporte
Segundo Apellido: _____ Número de Identificación: _____
Nombre(s): _____
Lugar de Nacimiento: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Día / mes / año
Sexo: F M Estado Civil: Soltero Divorciado Viudo Casado U/Libre

Dirección de Residencia:

Calle Principal, Número, Transversal, Barrio/Sector

Provincia

Ciudad/Cantón

País

Teléfonos:

Domicilio

Celular

Correo Electrónico

2. Información del Representante Legal o Apoderado

Información del Cónyuge o Conviviente Legal

Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____

Nombre(s): _____

Tipo de Identificación: Cédula Pasaporte Número de Identificación: _____

3. Relación del Solicitante con el Asegurado Propuesto

a) El vínculo existente entre el solicitante y el Asegurado Propuesto es:

Familiar Empleador Comercial Otro Especifique _____

4. Información Financiera

a) Ingresos anuales: USD

a) Activos: USD

b) Pasivos: USD

c) Patrimonio: USD

5. Declaración de Persona Expuesta Políticamente - Representante Legal

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

6. Declaración de Información

6.1 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.

6.2 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.

6.3 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 irrigar daño o perjudicar a BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. con las consecuencias legales que esto implica.

7. Autorizaciones

7.1 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.

7.2 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.

7.3 Autorizo expresamente a la Compañía para que a solicitud de la autoridad del país o de aquellos con los que hubieren acuerdos de cooperación internacional lo que incluye organismos internacionales que entre sus actividades tengan la prevención de lavado de activos o actividades de financiamiento de terrorismo o actividades ilícitas, entregar información requerida lo que puede incluir datos personales. De igual forma, declaro que he leído y estoy familiarizado con la Política de Privacidad de la Compañía disponible en: <https://clientes.bmi.com.ec/politicas-bmi-del-ecuador/>, que declaro conocer y estar de acuerdo.

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 Solicitante de la Póliza

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 certificada del nombramiento del Representante Legal o Apoderado _____
- g) Copia legible de la cédula de identidad del Representante Legal o Apoderado _____
- h) Copia legible de la cédula de identidad del cónyuge o conviviente del Representante Legal o Apoderado _____
- i) Copia del pago del impuesto a la renta del año anterior. _____

10. Justificación por la falta de Información y/o documentos

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.