

Convertibilidad
  Flexiplan
  Gastos M. Mayores
  Hospicare
  Infinity Agentes
  Infinity
  Renova
  Sigma

### 1. Información Personal del Titular y/o Dependientes

#### Titular:

Primer Apellido: \_\_\_\_\_ Tipo de Identificación: Cédula  Pasaporte   
 Segundo Apellido: \_\_\_\_\_ Número de Identificación: \_\_\_\_\_  
 Nombre(s): \_\_\_\_\_  
 Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Día / mes / año  
 Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: F  M

#### Cónyuge o compañera de unión de hecho:

Primer Apellido: \_\_\_\_\_ Tipo de Identificación: Cédula  Pasaporte   
 Segundo Apellido: \_\_\_\_\_ Número de Identificación: \_\_\_\_\_  
 Nombre(s): \_\_\_\_\_  
 Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Día / mes / año  
 Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: F  M

#### Dependiente 1:

Primer Apellido: \_\_\_\_\_ Tipo de Identificación: Cédula  Pasaporte   
 Segundo Apellido: \_\_\_\_\_ Número de Identificación: \_\_\_\_\_  
 Nombre(s): \_\_\_\_\_  
 Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Día / mes / año  
 Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: F  M

#### Dependiente 2:

Primer Apellido: \_\_\_\_\_ Tipo de Identificación: Cédula  Pasaporte   
 Segundo Apellido: \_\_\_\_\_ Número de Identificación: \_\_\_\_\_  
 Nombre(s): \_\_\_\_\_  
 Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Día / mes / año  
 Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: F  M

## 1. Información Personal del Titular y/o Dependientes

### Dependiente 3:

Primer Apellido: \_\_\_\_\_ Tipo de Identificación: Cédula  Pasaporte

Segundo Apellido: \_\_\_\_\_ Número de Identificación: \_\_\_\_\_

Nombre(s): \_\_\_\_\_

Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Día mes año

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: F  M

### Dependiente 4:

Primer Apellido: \_\_\_\_\_ Tipo de Identificación: Cédula  Pasaporte

Segundo Apellido: \_\_\_\_\_ Número de Identificación: \_\_\_\_\_

Nombre(s): \_\_\_\_\_

Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Día mes año

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: F  M

### Dependiente 5:

Primer Apellido: \_\_\_\_\_ Tipo de Identificación: Cédula  Pasaporte

Segundo Apellido: \_\_\_\_\_ Número de Identificación: \_\_\_\_\_

Nombre(s): \_\_\_\_\_

Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Día mes año

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: F  M

En caso de superar el número de Dependientes Propuestos que constan en esta solicitud, por favor completar la información faltante en la sección Dependiente(s) Propuesto(s) de un formulario adicional de Solicitud de Afiliación Plan Individual.

## 2. Información de Discapacidad

Completar si alguna de las personas incluidas en esta solicitud 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 \_\_\_\_\_
- c) Nombre de la persona con discapacidad: \_\_\_\_\_  
Favor detallar los diagnósticos que causaron la discapacidad \_\_\_\_\_

## 2. Información de Discapacidad

d) Nombre de la persona con discapacidad: \_\_\_\_\_

Favor detallar los diagnósticos que causaron la discapacidad \_\_\_\_\_

e) Nombre de la persona con discapacidad: \_\_\_\_\_

Favor detallar los diagnósticos que causaron la discapacidad \_\_\_\_\_

Favor adjuntar copia del carné de persona con discapacidad emitida por la Autoridad Sanitaria Nacional.

## 3. Datos de Contacto del Titular

Dirección de Residencia:

Calle Principal, Número, Transversal, Barrio/Sector y Cantón

Provincia

Ciudad

País

Teléfonos:

Domicilio

Celular

Correo Electrónico

## 4. Condiciones Médicas del Titular y/o Dependientes

4.1 ¿El Titular o algún Dependiente 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 suscripción del presente contrato o la inclusión del dependiente?

Detalle (Condiciones Preexistentes Declaradas)

Nombre de la Persona	Diagnóstico	Fecha desde	Fecha hasta
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

4.2 ¿El Titular o algún Dependiente se ha realizado alguna prueba relacionada a COVID-19? (Prueba PCR, Prueba Rápida, Prueba Cuantitativa y/o Cualitativa y/o cualquier otra)  SI  NO

Si la respuesta fue afirmativa complete los siguientes campos

Nombre de la Persona	El resultado de esta prueba fué		Fecha desde	Fecha hasta
	Positivo	Negativo		
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

## 5. Datos para Facturación

Factura a nombre de: Titular  Otra persona Natural o Jurídica

Llenar únicamente en caso de seleccionar opción de otra persona Natural o Jurídica, para lo cual se debe adjuntar copia de cédula de la persona Natural o Representante Legal de la persona Jurídica y copia de RUC.

Nombre / Razon Social: \_\_\_\_\_ C.C./ RUC: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

## 6. Solicitud para Reembolso a través de transferencia bancaria

Solicito a BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR 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 No. \_\_\_\_\_

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

## 7. Autorizaciones

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. La falta de veracidad u omisión liberarán a BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A. del cumplimiento de sus obligaciones. BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A. considerará esta declaración junto con su historial médico y de sus dependientes que se haya registrado en nuestros archivos, como la única para la evaluación de la solicitud y las condiciones de la emisión del contrato. El Titular tiene el deber absoluto de proveer la información veraz, sin importar cualquier declaración a lo contrario hecha por el agente. La falsedad y/o reticencia en la información proporcionada por el Titular, será causal para que BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A. no tramite, anule, no renueve o limite los beneficios de este Contrato.
2. Autorizo a BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A., 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 del contrato solicitado. 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 o sus médicos que busquen obstaculizar la liberación de la información solicitada, hará cesar toda responsabilidad de parte de BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A.
3. Autorizo a BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR 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.
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 IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A. a realizar el análisis y las verificaciones que considere necesarias para corroborar la licitud de fondos comprendidos en el Contrato de Servicios de Atención Integral de Salud Prepagada; así como autorizo expresa, voluntaria e irrevocablemente a todas las personas naturales o jurídicas de derecho público o privado a facilitar a BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR 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 las autoridades competentes. 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.
5. Autorizo expresamente a BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A para que a solicitud de 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 BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A disponible en: <https://clientes.bmi.com.ec/politicas-bmi-iguales-medicas/>, que declaro conocer y estar de acuerdo.
6. Estas autorizaciones serán válidas mientras el contrato se mantenga vigente y una copia de la misma se considerará tan válida como la original.

## 8. Declaraciones

1. Esta solicitud, debidamente completada, pasará a formar parte del Contrato de Servicios de Atención Integral de Salud Prepagada emitida como consecuencia de esta solicitud.
2. Declaro que todos los datos proporcionados en la presente solicitud, que servirán de base para el estudio del riesgo propuesto, son verídicos.
3. Declaro que todos los datos e información contenida en esta solicitud, que servirán de base para el estudio del riesgo propuesto, 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 IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A. cualquier cambio en 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 IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A., me comprometo a proveer la documentación e información que me sea solicitada. Estas declaraciones serán válidas mientras el contrato se mantenga vigente y una copia de la misma se considerará tan válida como la original.  
IMPORTANTE: No se podrán suscribir contratos al portador, con nombres incompletos, falsos o bajo cualquier otra modalidad que encubra la identidad del solicitante del contrato, Titulares y/o Dependientes.
4. Conocedor de las penas de perjurio declaro bajo juramento que el origen de los valores cancelados a BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A., por el (los) contrato(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.

## 9. 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 IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A. para la emisión del Contrato de Servicios de Atención Integral de Salud Prepagada.

Lugar \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Firma del Titular

## 10. Datos de la Agencia/Agente de Seguros

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

Nombre del Ejecutivo/Agente: \_\_\_\_\_

Correo del Ejecutivo/Agente: \_\_\_\_\_

Nombres de la Agencia/Agente de Seguros: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Ejecutivo/Agente

La información proporcionada en este documento será de estricta confidencialidad, misma que será utilizada por BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A. para la emisión de contratos.

La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente Formulario el número de registro 53629, el 29 de junio del 2021.

QUITO: Calle Suecia y Av. De los Shyris  
Edif. Plaza Renazzo Planta Baja.

GUAYAQUIL: Parque Empresarial Colón. Av. Jaime  
Roldós Aguilera Edif. Pacífica Center, Piso 3 y 4

CUENCA: Autopista Cuenca Azogues Edif.  
Cardeca Business Center.

Ciudad: \_\_\_\_\_ Fecha: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_

(Nombre de pagador)

por medio de la presente, solicito a usted ordenar a quién corresponda, se debite de mi:

Tarjeta de Crédito        

Cuenta Corriente

Cuenta de Ahorros

Personal  Corporativa  En caso de que la tarjeta/cuenta sea corporativa por favor indique:

Nombre de la empresa \_\_\_\_\_ RUC \_\_\_\_\_

N° de tarjeta o cuenta: \_\_\_\_\_ F. de Vencimiento Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

el valor de: \_\_\_\_\_ USD.

Banco Emisor: \_\_\_\_\_

con la frecuencia de pago: Mensual  Trimestral  Semestral  Anual

por el pago de cuotas del contrato de medicina prepagada y las cuotas que ajuste o fije en el futuro BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A. por cuotas adicionales, recurrentes con ocasión de la renovación. En caso que me encontrare en mora de una o más cuotas, autorizo a debitar el valor total de lo vencido hasta la cancelación total o hasta encontrarme al día en los pagos.

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Conocedor(a) de las penas de perjurio, declaro bajo juramento, que el origen de los valores cancelados a BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A. ("BMI IGUALAS") por la adquisición del(de los) Contrato(s), son y provienen de actividades lícitas. Así mismo, declaro que todos los datos personales u otra información contenida en esta autorización, que servirán para realizar el cobro de los valores adeudados a BMI IGUALAS por concepto de cuotas, son verdaderos, completos y proporcionados a modo fidedigno y actualizado. Acepto que la información arriba detallada es de mi absoluta responsabilidad y que el pago del financiamiento de las prestaciones sanitarias será utilizado de forma lícita.

Estoy de acuerdo con el precio total pactado por la adquisición del Contrato, así como con el valor determinado por concepto de cuotas que BMI IGUALAS ajuste o fije en el futuro. De igual forma autorizo que por este medio se debiten las notas de cobranza. Eximo al banco/emisor de la tarjeta de crédito de cualquier responsabilidad por los valores reportados por BMI IGUALAS, por lo cual desde ya renuncio a cualquier tipo de reclamación y a iniciar cualquier acción legal en contra de la indicada institución, la misma que no requiera de otro instrumento para procesar los débitos en mi cuenta. Reconozco, además, que la vigencia del respectivo Contrato de atención integral de salud prepagada está ligada al pago oportuno de las cuotas respectivas, en los términos previstos en el Contrato.

Declaro que: i) he entregado voluntariamente mis datos personales para que estos sean tratados de acuerdo con lo que manda la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales; ii) he leído y entiendo la información proporcionada por BMI IGUALAS en relación al tratamiento de mis datos personales encontrada en: <https://www.bmicos.com/ecuador/proteccion-de-datos/proteccion-de-datos-bmi-igualas-medicas/> Declaro, además, que he sido completamente informado y entiendo plenamente el servicio ofrecido, periodo de cobertura del Contrato, periodicidad y forma de pago detalladas en la presente autorización de débito. Autorizo, debidamente informado y de manera expresa, a BMI IGUALAS, a utilizar canales de notificación y/o comunicación, los cuales incluyen pero no se limitan a comunicaciones electrónicas (vía correo electrónico o cualquier otro medio digital reconocido), call center, mensajes de texto, llamadas por celular o cualquier mecanismo que guarde información y/o datos personales en medios magnéticos o digitales y que registre la expresión de la voluntad de las partes, durante la vigencia de la relación contractual o por el tiempo que mande la ley correspondiente para tal efecto. Esto, incluye recibir información, publicidad, ofertas comerciales o notificaciones por cualquier medio, incluyendo medios electrónicos, incluso aunque no llegue a adquirir el contrato de atención integral de salud prepagada.

La presente autorización se mantendrá vigente, salvo que medie una comunicación escrita efectuada por parte del pagador a BMI IGUALAS, con al menos 30 días de anticipación a la fecha de vencimiento de la obligación de pago; de lo contrario se entenderá vigente la orden de cargo expresada por los servicios antes determinados, inclusive en las posteriores renovaciones de esta.

Así mismo, me obligo a no revocar la presente autorización sin el previo consentimiento por escrito de BMI IGUALAS, toda vez que dicha revocación podría afectar la continuidad de mi Contrato. Por consiguiente, libero de toda responsabilidad al banco/emisor de tarjeta de crédito, por los débitos o cargos efectuados con base a la presente autorización.

Atentamente,

\_\_\_\_\_  
Firma del titular de la cuenta bancaria o tarjeta de crédito

C.C. / RUC

N° de Contrato

RE-208-008

Rev. 2023.V.01

**QUITO:** Calle Suecia y Av. De los Shyris Edif. Plaza Renazzo Planta Baja. PBX: 2941-400 - Fax: 2941-400  
**GUAYAQUIL:** Parque Empresarial Colón, Av. Jaime Roldós Aguilera Ed. Pacífica Center Piso 3 y 4. PBX: 04-3717-600  
**CUENCA:** Autopista Cuenca Azogues Edif. Cardeca Business Center. PBX: 4135-520

[www.bmicos.com/ecuador/](http://www.bmicos.com/ecuador/)