Servicios de Atención Integral de Salud Prepagada
Solicitud de Afiliación Plan Individual

BMI IGUALAS MÉDICAS

☐ Gastos M. Mayores	☐ Sigma	☐ Innova	☐ Hospicare

☐ Infinity	☐ Infinity Agentes	☐ Convertibilidad	☐ Renova	☐ Flexiplan

1. Información Personal del Titular

Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____

Nombre(s): _____ Nacionalidad: _____

Tipo de Identificación: Cédula ☐ Pasaporte ☐ Número de Identificación: _____

Lugar de Nacimiento: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ (Día / mes / año)

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

Estatura: m. ☐ cm. ☐ _____ Peso: Kg. ☐ Lb. ☐ _____

2. Dependientes

Dependiente 1:

Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____

Nombre(s): _____ Nacionalidad: _____

Tipo de Identificación: Cédula ☐ Pasaporte ☐ Número de Identificación: _____

Lugar de Nacimiento: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ (Día / mes / año)

Edad: _____ Parentesco con el Titular: _____

Sexo: F ☐ M ☐ Estatura: m. ☐ cm. ☐ _____ Peso: Kg. ☐ Lb. ☐ _____

Dependiente 2:

Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____

Nombre(s): _____ Nacionalidad: _____

Tipo de Identificación: Cédula ☐ Pasaporte ☐ Número de Identificación: _____

Lugar de Nacimiento: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ (Día / mes / año)

Edad: _____ Parentesco con el Titular: _____

Sexo: F ☐ M ☐ Estatura: m. ☐ cm. ☐ _____ Peso: Kg. ☐ Lb. ☐ _____

Dependiente 3:

Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____

Nombre(s): _____ Nacionalidad: _____

Tipo de Identificación: Cédula ☐ Pasaporte ☐ Número de Identificación: _____

Lugar de Nacimiento: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ (Día / mes / año)

Edad: _____ Parentesco con el Titular: _____

Sexo: F ☐ M ☐ Estatura: m. ☐ cm. ☐ _____ Peso: Kg. ☐ Lb. ☐ _____

Dependiente 4:

Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____

Nombre(s): _____ Nacionalidad: _____

Tipo de Identificación: Cédula ☐ Pasaporte ☐ Número de Identificación: _____

Lugar de Nacimiento: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ (Día / mes / año)

Edad: _____ Parentesco con el Titular: _____

Sexo: F ☐ M ☐ Estatura: m. ☐ cm. ☐ _____ Peso: Kg. ☐ Lb. ☐ _____

Dependiente 5:

Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____

Nombre(s): _____ Nacionalidad: _____

Tipo de Identificación: Cédula ☐ Pasaporte ☐ Número de Identificación: _____

Lugar de Nacimiento: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ (Día / mes / año)

Edad: _____ Parentesco con el Titular: _____

Sexo: F ☐ M ☐ Estatura: m. ☐ cm. ☐ _____ Peso: Kg. ☐ Lb. ☐ _____

Dependiente 6:

Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____

Nombre(s): _____ Nacionalidad: _____

Tipo de Identificación: Cédula ☐ Pasaporte ☐ Número de Identificación: _____

Lugar de Nacimiento: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ (Día / mes / año)

Edad: _____ Parentesco con el Titular: _____

Sexo: F ☐ M ☐ Estatura: m. ☐ cm. ☐ _____ Peso: Kg. ☐ Lb. ☐ _____

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

3. 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 _____

3. 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 vigente hasta el 31 de diciembre de 2023, posterior a esta fecha será reemplazado por la cédula de ciudadanía.

4. Datos de Contacto del Titular

Dirección de Residencia:

Calle Principal, Número, Transversal, Barrio/Sector y Cantón		
Provincia	Ciudad	País

Teléfonos:

Domicilio	Celular	Correo Electrónico

5. Condiciones Médicas del Titular y/o Dependientes

5.1 ¿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

5.2 ¿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		
	☐	☐		
	☐	☐		
	☐	☐		
	☐	☐		
	☐	☐		

6. Datos para Facturación

Tipo de Identificación: Cédula ☐ RUC ☐ Otros ☐ Número de Identificación: _____

Razón Social: _____

Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____

Nombre(s): _____ Nacionalidad: _____

Correo Electrónico: _____

Dirección del Domicilio: _____

_____

Teléfono Domicilio: _____ Celular: _____

Relación / Vínculo:

Padre ☐ Madre ☐ Hijo ☐ Cónyuge ☐ Empleador ☐ Otro ☐ _____

7. 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.

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 personales u otra información contenida en esta solicitud que servirán como base para el estudio de riesgo propuesto, son verdaderos, completos y proporcionados a modo fidedigno y actualizado, a pesar de cualquier declaración contraria hecha por el agente. Además, declaro conocer y me obligo a actualizar anualmente la información y datos provistos, así como comunicar y documentar de manera inmediata a BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A. (“BMI IGUALAS”) 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 y sigue vigente. Durante la vigencia de la relación con BMI IGUALAS me comprometo a proveer la documentación e información que me sea solicitada en tiempo y forma.
   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.
3. La veracidad de las declaraciones aquí contenidas son las que motivan a que BMI IGUALAS vincule al Titular y Dependientes y en consecuencia cualquier declaración falsa o inexacta o su omisión implicaría la intención de irrogar daño o perjudicar a BMI IGUALAS con las consecuencias legales que esto implica.

9. 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 del cumplimiento de sus obligaciones. BMI IGUALAS 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 no tramite, no renueve, anule o limite los beneficios de este Contrato.
2. Autorizo a BMI IGUALAS, 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.

9. Autorizaciones

3. Autorizo 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 celular o cualquier mecanismo que guarde información y/o datos personales, durante la vigencia de la relación contractual o el tiempo que autorice la ley correspondiente, en medios magnéticos o digitales en cualquier lugar y que registre la expresión de la voluntad de las partes. Esto incluye recibir información, publicidad, ofertas comerciales o notificaciones por cualquier medio, incluyendo medios electrónicos, incluso aunque no llegue a adquirir su contrato de medicina prepagada.
4. Autorizo expresamente a BMI IGUALAS para que a solicitud de cualquier autoridad local o de aquellos países con los que hubiere acuerdos de cooperación internacional, incluyendo pero no limitado a organismos internacionales que entre sus actividades tengan la prevención de lavado de activos, actividades de financiamiento de terrorismo o actividades ilícitas, entregue información requerida por estas, incluyendo datos personales.
5. Estas autorizaciones serán válidas mientras el contrato se mantenga vigente y una copia de la misma se considerará tan válida como la original.

10. Declaraciones y autorizaciones especiales

1. Declaro que estoy consciente que se realizará el tratamiento de mis datos personales acorde a la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales y de acuerdo con la información que se me proporciona a continuación:

   - Responsable: BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A., con domicilio en la ciudad de Quito en la Av. Shyris y Suecia, edificio Renazzo Plaza piso 12.

   - Finalidad: Los datos personales que aporta el Solicitante, incluyendo los datos de salud, se tratarán con las siguientes finalidades: Formalización, desarrollo y ejecución del contrato de atención integral de salud prepagada; prestación y cobertura del servicio asistencial objeto del contrato de atención integral de salud prepagada pudiendo a tal fin solicitar y obtener de los profesionales sanitarios información referente a su salud; investigación para el diseño de modelos asistenciales objeto del contrato de atención integral de salud prepagada; ofrecimiento y gestión de programas asistenciales y de prevención (servicio de promoción de salud) objeto del contrato de atención integral de salud prepagada; gestión del riesgo actuarial con el fin, entre otros, de determinar la tarifa adecuada en cada caso; cumplimiento de obligaciones que le correspondan a BMI IGUALAS por mandato legal, entre otras, así como aquellas relativas a la normativa de salud, leyes tributarias y normativa de protección de datos; análisis de sus intereses y necesidades con base en los datos proporcionados por usted, incluyendo pero sin limitarse a sus datos de salud, aquellos datos personales que se hayan generado como consecuencia del servicio prestado por BMI IGUALAS y aquellos que se hayan obtenido por otros medios; envío de comunicaciones comerciales por cualquier canal, incluido por vía electrónica; llevar a cabo procedimientos de anonimización y seudonimización de sus datos personales; ceder sus datos personales a empresas relacionadas, colaboradoras, filiales, subsidiarias, proveedores y terceros que BMI IGUALAS requiere compartir información para la prestación de sus servicios que pueden estar ubicados fuera del territorio ecuatoriano, e igualmente para efectos de almacenar información en bases de datos locales y/o extranjeras, así como con fines comerciales y fines de investigación científica y/o estadística.

   - Legitimación: Ejecución del contrato, cumplimiento de obligaciones legales, interés legítimo, fines de investigación científica y/o estadística y consentimiento, tal y como se detalla en la Información Adicional.

   - Destinatarios: Empresas relacionadas, colaboradoras, filiales, subsidiarias, proveedores y terceros que BMI IGUALAS requiere compartir información para la prestación de sus servicios que pueden estar ubicados fuera del territorio ecuatoriano, e igualmente para efectos de almacenar información en bases de datos locales y/o extranjeras. En caso de transferencia internacional, BMI IGUALAS se cerciorará que sea efectuada a jurisdicciones que tutelen la protección y privacidad de datos personales.

   - Derechos: Acceso, eliminación, rectificación y actualización, oposición, suspensión, portabilidad, y, a no ser objeto de una decisión basada única o parcialmente en valoraciones automatizadas, en cualquier momento y de forma gratuita, tal y como se explica en la Información Adicional.

   - Información Adicional: Encontrará información en relación con el tratamiento de sus datos personales en https://www.bmicos.com/ecuador/proteccion-de-datos/proteccion-de-datos-bmi-igualas-medicas/

   - El titular de los datos personales podrá revocar en cualquier momento los consentimientos otorgados, en los casos que aplique, a través de nuestros centros de atención al cliente o bien a través del correo electrónico postventaec@bmicos.com, debiendo contar con una firma electrónica o física en su requerimiento para la correspondiente autentificación.

2. 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, así como con lo acordado en el contrato de atención integral de salud prepagada suscrito con BMI IGUALAS; ii) he leído y entiendo la información proporcionada en relación con el tratamiento de mis datos personales en el presente documento y en la Información Adicional.

3. Conocedor(a) de las penas de perjurio, declaro bajo juramento, que el origen de los valores cancelados a BMI IGUALAS, por los servicios de atención integral de salud prepagada, son y provienen de actividades lícitas. Así mismo, declaro que la información arriba detallada es de absoluta responsabilidad de quien suscribe este documento.

4. Autorizo expresamente a BMI IGUALAS para que realice el tratamiento mis datos personales conforme las disposiciones expuestas en el punto 10 del presente documento y en la Información Adicional.

5. 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 a realizar el análisis y las verificaciones que considere necesarias para corroborar la licitud de fondos comprendidos en el contrato 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 toda la información que ésta les requiera, así como solicitar documentación adicional para identificar plenamente al cliente. Inclusive autorizo anticipadamente el levantamiento de sigilo o velo bancario en caso de ser necesario, incluido la revisión de los burós de crédito sobre la información de riesgos crediticios.

11. 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

12. 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

13.Para uso exclusivo de la Compañía

_____ Lugar

____ / ____ / ____
día mes año

Firma Ejecutivo BMI	Nombre	Cargo

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 a la presente Solicitud de Afiliación Plan Individual el registro No. 57250, con la salvedad de las declaraciones y autorizaciones referentes a protección de datos y prevención de lavado de activos contenidas en el apartado No.10 Declaraciones y autorizaciones especiales de este formulario, mediante Oficio No. SCVS-IRQ-DRS-2023-00119108-O

Rev. V2024.01

COBERTURA INDIVIDUAL MEDICINA PREPAGADA

Autorización de Débito

BMI IGUALAS MÉDICAS

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 ☐

VISA ☐ Diners Club INTERNATIONAL ☐ AMERICAN EXPRESS ☐ mastercard ☐

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

Nombre de la empresa _____ RUC _____

Nº 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 _____ No de Contrato _____

RE-208-008 Rev. V2024.01