

PARTE A

1. INFORMACIÓN PERSONAL DEL ASEGURADO PROPUESTO

a) Primer apellido:			d) Tipo de identificación: Cédula <input type="checkbox"/>		
			Pasaporte <input type="checkbox"/>		
b) Segundo apellido:			e) Número de identificación:		
c) Nombre(s):					
f) Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		g) Estado civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> U/Libre <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>			
h) Lugar y fecha de nacimiento (dd/mm/aa):			i) Estatura (mt):		j) Peso (kg):
k) Dirección de residencia:	Calle principal / Número / Transversal				
	Provincia	Cantón	Ciudad	País	
l) Teléfono de domicilio o celular:			m) Correo electrónico:		
INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE O DE LA UNIÓN DE HECHO DEL ASEGURADO PROPUESTO					
n) Primer apellido:			p) Tipo de identificación: Cédula <input type="checkbox"/>		
			Pasaporte <input type="checkbox"/>		
ñ) Segundo apellido:			q) Número de identificación:		
o) Nombre(s):					

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL PROPUESTO 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 comercial:	Calle principal / Número / Transversal:			Ciudad	País
g) Teléfono comercial u oficina:			h) Correo electrónico:		
i) Total de ingresos mensuales generados por su actividad económica principal:			USD. <input type="text"/>		
j) Total de egresos mensuales			USD. <input type="text"/>		
k) Total de otros ingresos mensuales diferentes a los originados por la actividad económica principal:			USD. <input type="text"/>		
Fuente de otros ingresos: <input type="text"/>			l) Total de ingresos mensuales: USD. <input type="text"/>		
m) Situación Financiera:		Total Activos	Total Pasivos		
		USD. <input type="text"/>	USD. <input type="text"/>		
n) ¿Ha residido en algún país distinto a Ecuador en los últimos 5 años? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Indique el país					

3. REFERENCIAS

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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4. JUSTIFICACIÓN POR FALTA DE INFORMACIÓN

5. DECLARACIÓN

A mí leal saber y entender todas las declaraciones y respuestas contenidas en esta solicitud de seguro como en cualquier cuestionario o declaración de asegurabilidad con relación a esta solicitud son precisas y exactas. Queda convenido que estas declaraciones y respuestas formaran parte de la póliza. El Asegurado Propuesto tiene el deber absoluto de proveer la información correcta, sin importar cualquier declaración a lo contrario hecha por el agente. La póliza entrará en vigor si: a) el solicitante la recibe y la acepta sin cambio alguno, b) si la prima inicial se pago en su totalidad y c) las declaraciones hechas en la fecha de la solicitud son exactas y las condiciones de asegurabilidad y estado financiero del Asegurado Propuesto se mantienen a la fecha de la entrega de la póliza.

Si la prima es abonada de acuerdo al Contrato de Seguro Condicional y dicho recibo de Seguro Condicional es entregado al Titular, los términos y condiciones del Contrato de Seguro Condicional regirán. Cualquier cambio en la suma asegurada, edad, fecha de emisión de la Póliza, clasificación de riesgo, plan de seguro o beneficios, deben acordarse por escrito, donde así se exija. El Titular de la Póliza ejercerá los derechos de la póliza sin el consentimiento del (los) beneficiarios, sujeto a cualquier restricción estatutaria y a los derechos de cualquier beneficiario designado con carácter irrevocable.

La veracidad de las declaraciones son las que motivan a que BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A., acepte la contratación de la Póliza y en consecuencia cualquier declaración falsa o inexacta o su omisión implicaría la intención de irrogar daño o perjudicar a la Compañía con las consecuencias legales que esto implica.

ENTREGA DE FONDOS:

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.

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, asegurado(s), o beneficiario(s)

En los casos que BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. considere necesario solicitará documentación adicional para identificar plenamente al cliente, en cumplimiento de la política "Conozca a su Cliente", a la Ley de Prevención, Detección y Erradicación del Delito de Lavado de Activos y Financiamiento de Delitos y la normativa vigente de la Superintendencia de Bancos y Seguros.

.....
Firma del Titular
C.C.

6. ENVÍO DE CORRESPONDENCIA

a) Domicilio b) Negocio c) Otra (por favor proporcione dirección completa)

7. TITULAR DE LA PÓLIZA

	Nombres completos	Requisito
a) Mismo asegurado		N/A
b) Persona natural diferente al asegurado		Llenar el formulario de vinculación de cliente individual cuando el contratante es una persona natural diferente del asegurado.
c) Persona jurídica		Llenar el formulario de vinculación de cliente individual cuando el contratante es una persona jurídica.

8.- PLAN DE SEGURO

a) Suma asegurada b) Tarifa Fumador
USD. No fumador.

3. NOTIFICACIÓN SOBRE LA OFICINA DE INFORMACIÓN MÉDICA

La información concerniente a su asegurabilidad es de carácter confidencial. No obstante BMI DEL ECUADOR COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA S.A. puede presentar un breve informe a la Oficina de Información Médica (MIB por sus siglas en Inglés, Medical Information Bureau). La Oficina (domiciliada en Estados Unidos de América) es una asociación de compañías de seguro de vida, sin fines de lucro, cuya función es permitir el intercambio de información entre sus miembros. Si usted solicita un seguro de vida o si radica una reclamación a otra compañía miembro, la Oficina suministrará a tal compañía la información contenida en su expediente, de así solicitarse.

BMI DEL ECUADOR COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA S.A., también puede suministrar la información contenida en su expediente a otras compañías de seguros a las cuales usted solicite cobertura o radique una reclamación de beneficios. Usted puede solicitar a la Oficina que le revele la información contenida en sus expedientes. De igual manera puede solicitar que se corrija la información que usted considera es incorrecta. La dirección de la Oficina de Información Médica es: 160 University Avenue, Westwood, MA 02090, teléfono (781) 329 4500

AUTORIZACIÓN PARA SOLICITAR Y RECIBIR INFORMACIÓN

Autorizo a cualquier médico hospital, clínica o cualquier otro establecimiento de servicios médico o relacionados, o compañía de seguros, la Oficina de Información Médica o agencia de información del consumidor, que posea datos referentes al diagnóstico, tratamiento o pronosis de alguna enfermedad y/o tratamiento físico o mental o que posea información que no sea médica sobre mi persona para que suministre a BMI DEL ECUADOR COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA S.A. o a su representante legal, toda la información que le sea solicitada. Autorizo a BMI DEL ECUADOR COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA S.A. a que realice todo tipo de examen médico incluido sin limitarse todos aquellos que sirvan para diagnóstico de enfermedades de notificación obligatoria de acuerdo a la normativa vigente de salud. Esta autorización será válida por dos años y medio a partir de la fecha que se indica a continuación.

Una copia de esta autorización será tan válida como el original.

Conocedor (a) de las disposiciones legales, entre las que se encuentran la "LEY DE PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y ERRADICACIÓN DEL DELITO DE LAVADO DE ACTIVOS Y DEL FINANCIAMIENTO DE DELITOS", autorizo expresamente a BMI DEL ECUADOR COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA S.A., a realizar los análisis, reportes y verificaciones que considere necesarios, así como a las autoridades. En consecuencia, renuncio a instaurar por este motivo cualquier tipo de acción civil, penal o administrativa en contra de BMI DEL ECUADOR COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA S.A.

PARTE C

1. REPORTE DEL AGENTE DE SEGUROS

Nombre o razón social: No. credencial:

Nombre y cargo del ejecutivo encargado:

1. ¿Hace cuánto tiempo que conoce al Asegurado Propuesto?

2. ¿Hace cuánto tiempo que conoce al Solicitante o Titular de la Póliza?

3. ¿Cómo conoce al Asegurado Propuesto? Muy bien No muy bien Recién conocido

4. ¿Quién inició los tramites para este seguro? Agente Asegurado Propuesto Titular

5. ¿Conoce información sobre la salud, pasatiempos, o estilo de vida que pueda afectar la asegurabilidad del Asegurado Propuesto? SI NO

En caso afirmativo, favor explique a continuación

6. ¿Reemplazará el seguro solicitado cualquier otro seguro? SI NO

En caso afirmativo ¿ha cumplido con las disposiciones de reglamento para el reemplazo?

7. ¿Cuál es el propósito del seguro?

8. Ingreso anual US\$

9. Fuente de ingreso

10. Cantidad de seguro en vigor sobre la vida del cónyuge y/o socio US\$

11. Si el cónyuge no está asegurado, explique por qué

12. Si aplica, ¿informó al Asegurado Propuesto sobre la Oficina de Información Médica, MIB? SI NO

13. ¿Entregó el recibo de Contrato de Seguro Condicional al Titular de la Póliza? SI NO

14. ¿Vió personalmente al Asegurado Propuesto, le hizo cada una de las preguntas de la solicitud de seguro y registró las respuestas correctamente? SI NO

Declaro haber cumplido con el proceso de vinculación de clientes que estipula la política "Conozca a su Cliente" de la normativa vigente emitida por la Superintendencia de Bancos y Seguros y que es requerida por BMI DEL ECUADOR COMPANÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A.

Así mismo, declaro haber informado al asegurado propuesto sobre la Oficina de Información Médica (MIB o Medical Information Bureau)

Fecha: (ciudad)..... (día)..... (mes)..... (año).....

.....
Firma del Agente

2. REQUISITOS

a) REQUISITOS OBLIGATORIOS

Copia a color del documento de identificación del asegurado propuesto

Copia de un recibo de servicio básico: agua, luz o teléfono

Copia del RUC si es independiente

Copia a color del documento de identificación del cónyuge del asegurado propuesto

Copia del comprobante de pago de impuesto a la renta del año anterior

b) REQUISITOS DE ACUERDO A SUMA ASEGURADA Y EDAD

Prueba de saliva

Examen médico

Mini perfil de sangre

Perfil completo

Examen de orina

Electrocardiograma

Prueba de esfuerzo

Reporte financiero

Informe médico

Cédula de identidad

Cotización

Otros

3. RECIBO DE CONVENIO DE SEGURO DE VIDA CONDICIONAL

Este recibo es válido únicamente con las firmas del agente y el Titular de la Póliza y está sujeto a las condiciones de la póliza solicitada, y todas las condiciones del epígrafe A deben ser satisfechas para que el Seguro Condicional entre en vigor antes de la entrega de la póliza. Ninguna agencia /agente, asesor productor de seguros puede cambiar, modificar o prescindir de ninguna de estas condiciones.

Recibí de (Titular de la póliza) la cantidad de US\$

por concepto de prima inicial de la solicitud de seguro sobre la vida del Asegurado Propuesto:

A. CONDICIONES PARA QUE EL CONTRATO DE SEGURO CONDICIONAL ENTRE EN VIGOR

1. El pago de la prima debe hacerse cuando la solicitud es firmada, mediante cheque girado a nombre de BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. El cheque debe ser aceptado y pagado por la institución financiera sobre la cual se giró el cheque.
2. La suma recibida con la solicitud por concepto de prima debe ser por lo menos igual a la prima mensual para una póliza por la cantidad y plan solicitado en la Parte A de la solicitud. Dicha suma no debe ser menor de cien dólares (US\$100.00).
3. Ningún Asegurado Propuesto podrá tener más de sesenta y cinco (65) años de edad en la fecha de la solicitud y/o vigencia de la Póliza.
4. El Asegurado Propuesto, en la fecha de vigencia de la póliza debe ser clasificado según las normas de la Compañía como riesgos aceptables, sin extra prima para el plan y cantidad de seguro solicitado.

Si todas las condiciones enumeradas han sido satisfechas, la cobertura que provee el Convenio de Seguro Condicional entrará en vigor en la fecha de la solicitud de seguro de acuerdo a las condiciones señaladas en el epígrafe B. En ninguna situación el Seguro Condicional continuará en vigor por un periodo más largo que la prima pagada que siendo aplicado en forma prorrateada pueda mantener la Póliza en vigor y nunca por más de sesenta (60) días a partir de la fecha de la solicitud. Fecha de la póliza significa la última de: a) fecha de la Solicitud incluyendo el examen médico si se requiere y b) fecha de Póliza solicitada por el titular.

B. MÁXIMA CANTIDAD DE SEGURO QUE PUEDE ENTRAR EN VIGOR ANTES DE SER ENTREGADA LA PÓLIZA

La cantidad máxima de seguro, incluyendo el beneficio por muerte accidental que puede entrar en vigor sobre la vida de un Asegurado Propuesto bajo este recibo de Seguro Condicional está limitada a la menor de: a) el monto de seguro solicitado y b) la cantidad que resulte de la suma del monto de seguro solicitado en todas las solicitudes en trámite con BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A., pero nunca más de cien mil dólares (US\$ 100.000)

C. DEVOLUCIÓN DE PRIMA

Si las condiciones enumeradas en el epígrafe A son satisfechas, pero ofrecemos una Póliza con condiciones diferentes a las solicitadas, la cantidad recibida con la solicitud de seguro, se aplicará como prima inicial de la Póliza, si ésta es emitida y aceptada. La póliza debe ser emitida y entregada mientras las condiciones de asegurabilidad del Asegurado Propuesto permanezcan como aparecen en esta solicitud y cualquier enmienda. Dicha póliza entrará en vigor únicamente cuando el total de la prima sea cancelada. Si la póliza no es aceptada el valor pagado por concepto de prima con esta solicitud, será devuelto al Titular. Este valor también será devuelto si la Compañía no aprueba la solicitud o si no emitimos una Póliza en los sesenta (60) días subsiguientes a la fecha de esta solicitud.

He recibido la notificación referente a la Oficina de Información Médica (domiciliada en Estados Unidos de América) y he sido informado de que puede prepararse un informe sobre el consumidor con relación a esta solicitud. Autorizo a BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. y a sus reaseguradores para que obtengan dicho informe.

Fecha: (ciudad) (día) (mes) (año)

.....
Firma del Titular de la Póliza

.....
Firma del Asegurado

.....
Firma del Agente

DEJADO EN BLANCO A PROPOSITO