IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A.

SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD PREPAGADA
SOLICITUD DE AFILIACIÓN INFINITY KIDS

1. DATOS DEL TITULAR

a) Apellidos y Nombres completos:				b) Parentesco con el Afiliado:
b) Número de identificación: Cédula: ☐ Pasaporte: ☐	d) Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	e) Edad:	f) Sexo: Mujer ☐ Hombre ☐	g) Lugar de Nacimiento:

2. INFORMACIÓN DEL AFILIADO (MENOR DE EDAD)

a) Apellidos y Nombres completos:				
b) Número de identificación: Cédula: ☐ Pasaporte: ☐	d) Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	e) Edad:	f) Sexo: Mujer ☐ Hombre ☐	g) Lugar de Nacimiento:

g) Completar si tiene algún tipo de discapacidad calificada por la autoridad sanitaria nacional:

Favor detallar los diagnósticos que causaron la discapacidad .....

.....

Favor adjuntar el carné de persona con discapacidad emitida por la autoridad sanitaria nacional.

3. DATOS DE CONTACTO DEL TITULAR

a) Dirección de residencia: (Calle principal / Número / Transversal / Sector / Ciudad / Provincia)

b) Teléfono convencional:	c) Teléfono Celular:	d) E-mail:

4. CONDICIONES MÉDICAS CON RESPECTO AL AFILIADO

4.1 ¿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 presente fecha?

Detalle (Condiciones Preexistentes Declaradas)

Diagnóstico	FECHAS	
	Desde	Hasta

4.2 ¿Se ha realizado alguna prueba relacionada a COVID-19? (Prueba PCR, Prueba Rápida, Prueba Cuantitativa y/o Cualitativa y/o cualquier otra) ..... SI ☐ NO ☐

El resultado de esta prueba fue:

Positivo	Negativo	FECHAS	
		Desde	Hasta
☐	☐		

5. DATOS PARA FACTURACIÓN

a) 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 del RUC.

b) Nombre / Razón Social:	c) C.C./ RUC:	d) Teléfono:
e) Dirección:	f) E-mail:	

6. SOLICITUD PARA REEMBOLSO A TRAVÉS DE TRANSFERENCIA BANCARIA

Solicito a BMI IGUALAS MEDICAS 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 N°: _____

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

7. AUTORIZACIONES

7.1 Ningún historial médico existente sustituye mi obligación de contestar con veracidad las preguntas sobre el historial médico del afiliado propuesto, en la presente solicitud. La información que se detalla en esta solicitud es importante y necesaria para la declaración de preexistencias del afiliado propuesto. 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 que se haya registrado en nuestros archivos, como la única para la evaluación de la solicitud del afiliado propuesto 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 falta de contestar verídicamente cualquier pregunta y/o la omisión de la información en la solicitud del Contrato resultará en la denegación de la cobertura del contrato o su anulación.

7.2 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 propuestos 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.

7.3 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.

Solamente el personal autorizado de BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A., tendrá la potestad de completar los espacios no llenados en el formulario de solicitud o que se encuentren ilegibles. Esta autorización implica los numerales 1, 3 y 5. Se aclara en este caso, que la información recabada se guardará en medio digital.

7.4 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 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.

7.5 Autorizo expresamente a la Compañía 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 la Compañía disponible en: https://agentes.bmi.com.ec/politicas-bmi-igualas-medicas/, que declaro conocer y estar de acuerdo.

7.6 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

8.1 Una vez aprobada esta solicitud pasará a formar parte del Contrato de Servicios de Atención Integral de Salud Prepagada emitida como consecuencia de esta solicitud.

8.2 Declaro que todos los datos proporcionados en la presente solicitud, que servirán de base para el estudio del riesgo propuesto, son verídicos.

8.3 Declaro que la información contenida en esta solicitud 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.
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.

8.4 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., 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.

..... FIRMA DEL TITULAR

..... Lugar ..... día / ..... mes / ..... año

10. DATOS DE LA AGENCIA/AGENTE DE SEGUROS

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

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.

Quito: Calle Suecia 653 y Av. De Los Shyris Edif.: Renazzo Plaza, PB. PBX (593-2) 29 41 400
Guayaquil: Parque Empresarial Colón Av. Jaime Roldós Aguilera S/N Edificio Corporativo 2, Piso 1 PBX: (593-4) 37 17 600
Puede descargar este formulario desde nuestra página Web: www.bmi.com.ec

ESPACIO DEJADO EN BLANCO
INTENCIONALMENTE

BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A.

AUTORIZACIÓN DE DÉBITO

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 ☐ VISA ☐ Diners Club ☐ AMERICAN EXPRESS ☐ MasterCard ☐ F. de Vencimiento ____ ____
Mes Año

Cuenta Corriente ☐

Cuenta de Ahorros ☐

N° de tarjeta o cuenta: ____ 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: .....

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.

Solamente el personal autorizado de BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A., tendrá la potestad de completar los espacios en blanco en la presente autorización de débito o aclarar información, los cuales tendrán que ser autorizados mediante cualquiera de los mecanismos de notificación y/o comunicación antes mencionados y quedarán debidamente registrados.

La presente autorización se mantendrá vigente, salvo que mediare una comunicación hecha previamente por parte del pagador a BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A., con 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 la misma.

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.

Eximo al banco/emisor de la tarjeta de crédito de cualquier responsabilidad por los valores reportados por BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A., por lo cuál desde ya renuncio a cualquier reclamación y a iniciar cualquier orden legal en contra de la indicada institución, la misma que no requiera de otro instrumento para procesar los débitos en mi cuenta. Reconozco que la vigencia del Contrato de medicina prepagada está ligada al pago oportuno de las cuotas respectivas, en los términos previstos en el Contrato.Así mismo, expresamente me obligo a no revocar la presente autorización sin el previo consentimiento por escrito de BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A., por lo que libero de toda responsabilidad al banco/emisor de tarjeta de crédito, por los débitos o cargos efectuados con base a la presente autorización.

Estoy de acuerdo con el precio total estipulado por la prestación del contrato de medicina prepagada, las cuotas que ajuste o fije en el futuro BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A.; al igual autorizo que por este medio se debiten las Notas de Cobranza. Conozco y entendí el servicio ofrecido, periodo de cobertura del contrato, periodicidad y forma de pago detalladas en la presente autorización de débito.

Atentamente,

.....
Firma del cliente

C.C. / RUC ____

Número de Contrato: ____

RE-208-008 Rev. 2020. 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 Edif. Corporativo 2, Piso 1 PBX: 3717-600
CUENCA: Autopista Cuenca Azogues Edif. Cardeca Business Center. PBX: 4135-520
- **www.bmi.com.ec** -

ESPACIO DEJADO EN BLANCO
INTENCIONALMENTE

ESPACIO DEJADO EN BLANCO
INTENCIONALMENTE

ESPACIO DEJADO EN BLANCO
INTENCIONALMENTE