

**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. ☐

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

4. 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 2025, posterior a esta fecha será reemplazado por la cédula de ciudadanía.

5. Datos de Contacto del Titular

Dirección de Residencia:

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

Provincia	Ciudad	País
-----------	--------	------

Teléfonos:

Domicilio	Celular	Correo Electrónico
-----------	---------	--------------------

6. Condiciones Médicas del Titular y/o Dependientes

6.1 ¿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

6.2 ¿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"/>		

www.bmicos.com/ecuador/