

1. Datos para Facturación

Yo, _____, portador/a de la cédula de identidad N.^o _____, mayor de edad, con domicilio en _____, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto por medio de la presente mi voluntad expresa de contratar un Seguro de Vida o Salud, conforme a los términos y condiciones establecidos por la misma.

Después de haber sido informado/a de forma clara y suficiente sobre las condiciones generales, exclusiones, coberturas, beneficios, montos asegurados y obligaciones derivadas de esta póliza, procedo a elegir el siguiente plan de seguro de vida:

Plan Seleccionado:

- Plan Básico Salud
- Plan Familiar Salud
- Plan Premium Salud
- Plan Vida Escencial
- Plan Vida Plus
- Plan Vida Integral

Declaro que comprendo plenamente el alcance del plan que he seleccionado, incluyendo:

- El valor de la prima mensual o anual que me corresponde pagar.
- Las coberturas incluidas y sus límites.
- Las exclusiones establecidas en la póliza.
- El tiempo de vigencia del seguro.
- Las obligaciones que asumo como contratante.

Asimismo, declaro que la información personal proporcionada para este proceso es verdadera, completa y actualizada. Me comprometo a notificar a la aseguradora cualquier cambio que pueda afectar la validez del contrato, tales como modificación de datos personales, cambio de beneficiarios o condiciones de salud relevantes.

Autorizo expresamente a la aseguradora a utilizar mis datos personales única y exclusivamente para fines relacionados con la gestión del presente contrato, de conformidad con la normativa vigente sobre protección de datos.

2. 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.

3. 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:

- 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.
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.

4. 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 obliga 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.

S.A. para la emisión del Contrato de Servicios de Atención Integral de Salud Prepagada.

Lugar _____ Día _____ Mes _____ Año _____

Firma del Titular

5. Pago del seguro

Ciudad: _____ Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____

Yo, _____
(Nombre del Contratista)

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

Tarjeta de Crédito



mastercard

Cuenta Corriente

Cuenta de Ahorros

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
Anual

Trimestral

Semestral

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 encuentre 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: _____

La presente autorización se mantendrá vigente, salvo que medie una comunicación escrita efectuada por parte del pagador, 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, 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 _____

