



(a) Apellidos y Nombres del Titular				Cédula/Pasaporte
Fecha de Nacimiento	Edad	Sexo	Lugar de Nacimiento	

(b) Apellidos y Nombre de la Cónyuge o de la compañera en unión de hecho				Cédula/Pasaporte
Fecha de Nacimiento	Edad	Sexo	Lugar de Nacimiento	

(c) Apellidos y Nombre del Dependiente				Cédula/Pasaporte
Fecha de Nacimiento	Edad	Sexo	Lugar de Nacimiento	Parentesco con el Titular

(d) Apellidos y Nombre del Dependiente				Cédula/Pasaporte
Fecha de Nacimiento	Edad	Sexo	Lugar de Nacimiento	Parentesco con el Titular

(e) Apellidos y Nombre del Dependiente				Cédula/Pasaporte
Fecha de Nacimiento	Edad	Sexo	Lugar de Nacimiento	Parentesco con el Titular

(f) Apellidos y Nombre del Dependiente				Cédula/Pasaporte
Fecha de Nacimiento	Edad	Sexo	Lugar de Nacimiento	Parentesco con el Titular

(g) Apellidos y Nombre del Dependiente				Cédula/Pasaporte
Fecha de Nacimiento	Edad	Sexo	Lugar de Nacimiento	Parentesco con el Titular

Residencia ☐ Negocio ☐ Otra ☐

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

Teléfono Convencional: _____ Teléfono Celular: _____ E-mail: _____

¿Ha sido diagnosticado de cualquier condición médica, consecuente de enfermedad y/o accidente, que haya requerido de hospitalización, tratamiento médico y/o medicamentos con anterioridad a la presente fecha?

Nombre de la Persona	Diagnóstico	Fecha Desde	Fecha Hasta

Detalle (Condiciones Preexistentes Declaradas)

Nombre de la Persona	Diagnóstico	Fecha Desde	Fecha Hasta

DATOS PARA FACTURACIÓNFactura a nombre de: Titular ☐ Otra persona Natural o Jurídica ☐

Llenar únicamente en caso de seleccionar opción de otra persona Natural o Jurídica, se debe adjuntar copia de cédula de la persona Natural o Representante Legal de la persona Jurídica y copia de RUC.

Nombre / Razón Social:

Ci. / RUC:

Dirección:

Teléfono:

SOLICITUD PARA REEMBOLSO A TRAVES DE TRANSFERENCIA BANCARIA

Solicito a BMI Igualas Médicas 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. _____

Fecha: _____ Firma: _____

AUTORIZACIONES

Cualquier declaración médica que usted haya llenado anteriormente no sustituye su obligación de contestar con veracidad las preguntas de su historial médico. La información que detalla en este formulario es importante y necesaria. La compañía considerará esta declaración junto con su historial médico y de sus dependientes que se haya registrado en nuestros archivos como los únicos para la definición de condiciones de emisión de su contrato.

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

BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A. tendrá derecho a obtener toda la información que considere necesaria como exámenes o tratamientos médicos practicados, o que en el futuro se hagan a las personas objeto del contrato solicitado. Autorizo a cualquier médico, clínica, hospital, oficina de información médica o institución que posea esta información para que la suministre. 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 la Compañía BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A.

Autorizo a BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A. utilizar canales de notificación electrónica, call center, celular o cualquier mecanismo que guarde información en medios magnéticos en cualquier lugar y que registre la expresión de la voluntad. Esto incluye recibir información o notificaciones por cualquier medio incluyendo medios electrónicos.

Estas autorizaciones serán válidas mientras el contrato se mantenga vigente y una copia del mismo se considerará tan válido como el original. Una vez aprobada esta solicitud pasará a formar parte del contrato de medicina prepagada emitido como consecuencia de esta solicitud.

Aclaración: El Titular y/o Dependientes propuestos tienen el deber absoluto de proveer la información correcta 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 cobertura del contrato o su anulación. Solamente un oficial autorizado de la Compañía BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A. tendrá la potestad para ejecutar cualquier cambio y dichos cambios tendrán que ser por escrito.

Lugar _____

Fecha _____

Firma del Titular _____

Nombre del Agente _____

Firma del Agente _____