

**REQUISITOS APLICACIÓN CASOS NUEVOS PLANES NACIONALES BMI**  
(SIGMA, INFINITY, CONVERTIBILIDAD, GASTOS MÉDICOS MAYORES)

Solicitud firmada por titular ☐

Copia de cédula de titular y de todos los mayores de edad incluidos en la póliza ☐

Cotización firmada por el titular ☐

Autorización de pago ☐

\*Totalmente indispensable entregarlo desde un inicio salvo que factura sea a nombre de persona jurídica

**SI PAGADOR O FACTURADOR SON DIFERENTES A TITULAR** ☐

Copia de cédula de pagador y/o facturador

**SI LA FACTURA ES SOLICITADA A NOMBRE DE EMPRESA**

Cédula de Representante legal ☐

Copia de Ruc de la empresa ☐

**PARA PROPUESTOS ASEGURADOS EXTRANJEROS (INCLUSO MENORES DE EDAD)**

Pasaporte y visa (de todos los propuestos asegurados) ☐

\*Debe constar fecha de ingreso al país

**PARA ELIMINAR PERÍODO DE ESPERA**

Certificado emitido por la anterior compañía especificando: ☐

Nombre de asegurados

Fecha de vigencia y terminación de cobertura

Especificaciones del plan (monto cobertura, deducible)

La cobertura con la póliza anterior debe haber culminado máximo 15 días antes del inicio de vigencia con BMI . El seguro anterior debió haber estado vigente mínimo 6 meses consecutivos

NOTA: LA SOLICITUD DE APLICACIÓN TIENE VIGENCIA 1 MES A PARTIR DE LA FECHA DE FIRMA

## REQUISITOS APLICACIÓN CASOS NUEVOS INFINITY KIDS BMI

### SOLICITUD FIRMADA POR EL CONTRATANTE

\*Contratante solo puede ser madre o padre

☐

COPIA DE CÉDULA DE IDENTIDAD O PARTIDA DE NACIMIENTO

☐

### COTIZACIÓN FIRMADA POR EL CONTRATANTE

☐

### AUTORIZACIÓN DE PAGO

\*Totalmente indispensable entregarlo desde un inicio salvo que la factura sea a nombre de persona jurídica

☐

### SI PAGADOR O FACTURADOR SON DIFERENTES A CONTRATANTE

Copia de cédula de pagador y/o facturador

☐

### SI LA FACTURA ES SOLICITADA A NOMBRE DE EMPRESA

Cédula de Representante legal

☐

Copia de Ruc de la empresa

☐

### SI EL PROPUESTO ASEGURADO ES EXTRANJERO

Pasaporte y visa

\*Debe constar fecha de ingreso al país

☐

### PARA ELIMINAR PERÍODO DE ESPERA

Certificado emitido por la anterior compañía especificando:

Nombre de asegurados

Fecha de vigencia y terminación de cobertura

\*Para eliminar PE la cobertura con la póliza anterior debe haber culminado máximo 15 días antes del inicio de vigencia con Bmi

\*El período de afiliación debe haber sido al menos de 6 meses consecutivos

☐

### \*\* PARA APLICAR A UN INFINITY KIDS EL PROPUESTO ASEGURADO DEBE TENER MÍNIMO 30 DÍAS DE NACIDO

NOTA: LA SOLICITUD DE APLICACIÓN TIENE VIGENCIA 1 MES A PARTIR DE LA FECHA DE FIRMA

**REQUISITOS ADICION DEPENDIENTES PLANES NACIONALES BMI  
(SIGMA, INFINITY, CONVERTIBILIDAD, FLEXIPLAN, GASTOS MÉDICOS MAYORES)**

VERIFICAR SI SE TRATA O NO DE UNA ADICION AUTOMÁTICA \*\*

☐

**ADICIONES AUTOMÁTICAS**

Solicitud de adición de dependiente con información solicitada por el pediatra,  
firma y sello

☐

Certificado de nacido vivo

☐

**ADICIONES NO AUTOMÁTICAS**

Solicitud de adición de dependientes

☐

Para niños menores de 12 meses, debe constar info medica solicitada, firma y  
sello de pediatra

Certificado de nacido vivo/ copia de cédula para mayores de edad

☐

Copia de Acta de Matrimonio

☐

\*\*Adición automática: aquella en la que la maternidad fue cubierta

\*\*La fecha de inicio de vigencia para un dependiente cuya adición no sea automática  
dependerá de la fecha de vigencia del titular de la póliza

\*\*En caso de maternidad no cubierta, el recién nacido es elegible a partir del día  
30 de nacimiento

**REQUISITOS EXCLUSION DEPENDIENTES PLANES NACIONALES BMI  
(SIGMA, INFINITY, CONVERTIBILIDAD, FLEXIPLAN, GASTOS MÉDICOS MAYORES)**

Carta o mail de titular de póliza o agente indicando el nombre del asegurado  
de quien se solicita exclusion

**\*\*Se puede solicitar exclusion de dependientes en cualquier momento de vigencia de la póliza**

**REQUISITOS EXCLUSION DEPENDIENTES PLANES NACIONALES BMI  
(SIGMA, INFINITY, CONVERTIBILIDAD, FLEXIPLAN, GASTOS MÉDICOS MAYORES)**

Carta o mail de titular de póliza o agente indicando el nombre del asegurado  
de quien se solicita exclusion

**\*\*Se puede solicitar exclusion de dependientes en cualquier momento de vigencia de la póliza**

**REQUISITOS EXCLUSION DEPENDIENTES PLANES NACIONALES BMI  
(SIGMA, INFINITY, CONVERTIBILIDAD, FLEXIPLAN, GASTOS MÉDICOS MAYORES)**

Carta o mail de titular de póliza o agente indicando el nombre del asegurado  
de quien se solicita exclusion

**\*\*Se puede solicitar exclusion de dependientes en cualquier momento de vigencia de la póliza**