

Ciudad: _____ Fecha: día _____ mes _____ año _____

1. Información Personal

Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____

Nombre(s): _____ Nacionalidad: _____

Tipo de Identificación: Cédula Pasaporte Número de Identificación: _____

Lugar de Nacimiento: _____ Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____
día mes año

Sexo: F M Estado Civil: Soltero Divorciado Viudo Casado Unión de hecho

Dirección del Domicilio

Calle Principal, Número, Transversal, Barrio/Sector

Provincia

Ciudad

País

Teléfonos:

Oficina

Celular

Correo Electrónico

Dirección de Oficina

Calle Principal, Número, Transversal, Barrio/Sector

Provincia

Ciudad

País

Teléfonos:

Oficina

Celular

Correo Electrónico

2. Datos del Cónyuge o Conviviente

Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____

Nombre(s): _____ Nacionalidad: _____

Tipo de Identificación: Cédula Pasaporte Número de Identificación: _____

3. Información Financiera

Total de ingresos anuales: (=) USD

Total de egresos anuales: (=) USD

Otros ingresos (anuales): (=) USD

Situación Financiera: Total Activos USD

Total Pasivos (-) USD

Patrimonio (=) USD

Fuente de Otros ingresos: _____

4. Control de Prevención de lavado de activo y financiamiento de delitos

¿Ha sido objeto de investigación o sanción por falta de aplicación de medidas de prevención de lavado de activos, financiamiento del terrorismo y otros delitos?

SI NO

5. Declaración de Persona Expuesta Políticamente Representante Legal o Apoderado

Usted desempeña o ha desempeñado funciones públicas a partir del 5to grado determinado en la "Escala de remuneración mensual unificada del nivel jerárquico superior" del Ministerio del Trabajo en el último año, (Ej: Presidente, Vicepresidente, Ministro, Secretario Nacional, Director, General / Coronel Fuerzas Armadas / Policía, autoridades de control, entre otras); o que sin ocupar un cargo público tiene injerencia política a nivel nacional o internacional.

SI NO

Si su respuesta es Si, por favor llene la siguiente información:

Cargo: _____ Institución: _____

Fecha de Inicio: _____ / _____ / _____ Fecha de Culminación: _____ / _____ / _____
día mes año día mes año

Indique si su cónyuge, parientes o colaboradores cercanos hasta el segundo grado de consanguinidad y primero de afinidad (Ej: abuelos, padres, hijos, hermanos, suegros, cuñados), desempeña o ha desempeñado en el último año alguna de las funciones públicas mencionadas en el párrafo anterior.

SI NO

Si su respuesta es Si, por favor llene la siguiente información:

- 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.
- Información Adicional: encontrará información en relación con el tratamiento de sus datos personales en <https://www.bmicos.com/ecuador/politicas-bmi-del-ecuador/>
- El titular de los datos personales podrá revocar en cualquier momento los consentimientos otorgados, en los casos que aplique, a través de nuestros centros de atención al cliente o bien a través del correo electrónico postventaec@bmicos.com, debiendo contar con una firma electrónica o física en su requerimiento para la correspondiente autenticación.
- Finalmente, declaro que: i) he entregado voluntariamente los datos personales con la debida autorización de mis empleados 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 seguros suscrito con BMI ECUADOR; y, ii) he leído y entiendo la información proporcionada en relación con el tratamiento de los datos personales de mis clientes en el presente documento y en la Información Adicional.

Firma

Nombre: _____ Número de Identificación: _____

7. Documentos adjuntos requeridos

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| Copia legible y actualizada del RUC. | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Copia legible del formulario de declaración de impuesto a la renta del año inmediato anterior. | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Copia a color del documento de identificación. | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Certificado de cumplimiento de obligaciones emitido por un ente de control. (SRI o IESS) | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

8. Para Uso Interno de BMI del Ecuador Compañía de Seguros de Vida S.A.

Firma del Ejecutivo de BMI

Nombre del Ejecutivo de BMI _____

Cargo: _____ Lugar: _____ / _____ / _____
 día / mes / año