

<input type="checkbox"/> Gastos M. Mayores	<input type="checkbox"/> Sigma	<input type="checkbox"/> Innova	<input type="checkbox"/> Hospicare	
<input type="checkbox"/> Infinity	<input type="checkbox"/> Infinity Agentes	<input type="checkbox"/> Convertibilidad	<input type="checkbox"/> Renova	<input type="checkbox"/> Flexiplan

1. Información Personal del Titular

Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____

Nombre(s): _____

Tipo de Identificación: Cédula Pasaporte Número de Identificación: _____

Contrato No.: _____

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. _____

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 _____
- 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 2023, posterior a esta fecha será reemplazado por la cédula de ciudadanía.

4. Condiciones Médicas del Titular y/o Dependientes

5.1 ¿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 inclusión del dependiente?

Detalle (Condiciones Preexistentes Declaradas)

Nombre de la Persona	Diagnóstico	Fecha desde	Fecha hasta
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

5.2 ¿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"/>	_____	_____

5. Niños menores de 12 meses (preguntas a ser respondidas por el pediatra)

A. Antecedentes patológicos personales y/o antecedentes patológicos familiares de la madre: _____

B. Edad gestacional al nacer: _____

C. Apgar: _____

D. Circunferencia cefálica: _____

E. Examen cardiopulmonar:

- pulmones: _____

- corazón: _____

F. Examen psicomotor: _____

G. Conclusión médica: _____

Nombre y Apellido del Pediatra: _____

Firma del Pediatra: _____

Fecha: _____

Para Dependientes menores de 12 meses, nacidos con edad gestacional de 35 semanas o menos, adjuntar Historia Clínica del nacimiento.

6. Declaraciones

1. Esta solicitud, debidamente completada, pasará a formar parte del Contrato de Servicios de Atención Integral de Salud Prepagada a la cual se adhiere.
2. Declaro que todos los datos personales u otra información contenida en esta solicitud que servirán como base para el estudio de riesgo propuesto, son verdaderos, completos y proporcionados a modo fidedigno y actualizado, a pesar de cualquier declaración contraria hecha por el agente. Además, declaro conocer y me obligo a actualizar anualmente la información y datos provistos, así como comunicar y documentar de manera inmediata a BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A. ("BMI IGUALAS") cualquier cambio en la situación de riesgo asumido en la información que hubiese proporcionado. En caso de no actualizar la información será porque esta no se ha modificado y sigue vigente. Durante la vigencia de la relación con BMI IGUALAS me comprometo a proveer la documentación e información que me sea solicitada en tiempo y forma.
IMPORTANTE: No se podrán adherir Dependientes, con nombres incompletos, falsos o bajo cualquier otra modalidad que encubra la identidad de los Dependientes.
3. La veracidad de las declaraciones aquí contenidas son las que motivan a que BMI IGUALAS vincule al(los) Dependientes y en consecuencia cualquier declaración falsa o inexacta o su omisión implicaría la intención de irrogar daño o perjudicar a BMI IGUALAS con las consecuencias legales que esto implica.

7. 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 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 el historial médico de los Dependientes que se haya registrado en nuestros archivos, como la única para la evaluación de la solicitud y las condiciones de adhesión de los Dependientes al Contrato. El Titular y/o Dependientes 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 y/o Dependientes, 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.

7. Autorizaciones

3. Autorizo a BMI IGUALAS a utilizar canales de notificación y/o comunicación, los cuales incluyen pero no se limitan a comunicaciones electrónicas (vía correo electrónico o cualquier otro medio digital reconocido), call center, mensajes de texto, llamadas celular o cualquier mecanismo que guarde información y/o datos personales, durante la vigencia de la relación contractual o el tiempo que autorice la ley correspondiente, en medios magnéticos o digitales en cualquier lugar y que registre la expresión de la voluntad de las partes. Esto incluye recibir información, publicidad, ofertas comerciales o notificaciones por cualquier medio, incluyendo medios electrónicos, incluso aunque no llegue a adquirir su contrato de medicina prepagada.
4. Autorizo expresamente a BMI IGUALAS para que a solicitud de cualquier autoridad local o de aquellos países con los que hubiere acuerdos de cooperación internacional, incluyendo pero no limitado a organismos internacionales que entre sus actividades tengan la prevención de lavado de activos, actividades de financiamiento de terrorismo o actividades ilícitas, entregue información requerida por estas, incluyendo datos personales.
5. Estas autorizaciones serán válidas mientras el contrato se mantenga vigente y una copia de la misma se considerará tan válida como la original.

8. Declaraciones y autorizaciones especiales

1. Declaro que estoy consciente que se realizará el tratamiento de mis datos personales o los de mi representada/o según corresponda, acorde a la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales y de acuerdo con la información que se me proporciona a continuación:
 - Responsable: BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A., con domicilio en la ciudad de Quito en la Av. Shyris y Suecia, edificio Renazzo Plaza piso 12.
 - Finalidad: Los datos personales contenidos en esta solicitud, 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 o la de su representada/o según corresponda; 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 los 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 los datos personales; ceder los 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.
 - Información Adicional: Encontrará información en relación con el tratamiento de los datos personales en <https://www.bmicos.com/ecuador/proteccion-de-datos/proteccion-de-datos-bmi-iguallas-medicas/>
 - 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.

8. Declaraciones y autorizaciones especiales

- Declaro que: i) he entregado voluntariamente mis datos personales o los de mi representada/o según corresponda, 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 o los de mi representada/o según corresponda, en el presente documento y en la Información Adicional.
- Autorizo expresamente a BMI IGUALAS para que realice el tratamiento de mis datos personales o los de mi representada/o según corresponda, conforme las disposiciones expuestas en el punto 8 del presente documento y en la Información Adicional.

9. 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 obligo 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 por BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A. para la inclusión en el Contrato de Servicios de Atención Integral de Salud Prepagada.

En caso de que esta solicitud sea de un menor de edad, deberá ser firmada por uno de sus padres o representante legal. En caso de ser mayor de edad, deberá firmar el Dependiente.

Firmado en: _____ El día _____ De _____ De 20 _____

_____ Firma del Solicitante _____ Firma del Titular _____

_____ Dependiente 1 _____ Dependiente 2 _____ Dependiente 3 _____

_____ Firma del Agente _____

10. Para uso exclusivo de la Compañía

_____ / _____ / _____
Lugar día mes año

_____ Firma Ejecutivo BMI _____ Nombre _____ Cargo

Rev. 2024 V.01

La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó a la presente Solicitud para Adición de Dependientes el registro No. 57251, con la salvedad de las declaraciones y autorizaciones referentes a protección de datos y prevención de lavado de activos contenidas en el apartado No.8 Declaraciones y autorizaciones especiales de este formulario, mediante Oficio No. SCVS-IRQ-DRS-2023-00119108-O