

ANEXO A LA SOLICITUD INDIVIDUAL DE SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA



(POR FAVOR LLENAR EN LETRA DE MOLDE)

La información proporcionada en este documento es de estricta confidencialidad y será utilizada por Bupa Ecuador S.A. para la emisión de pólizas. Por favor completar la siguiente información y/o confirmar su exactitud.

| | | | |
|--------|--|-------|-------------|
| Ciudad | | Fecha | Día/Mes/Año |
|--------|--|-------|-------------|

1. INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE TITULAR

| | | | |
|---|---|-------------------------|--------------------|
| Nombre completo | Primer apellido | Segundo apellido | Nombre(s) |
| Tipo de identificación | <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Otro: | Fecha de expiración | Día/Mes/Año |
| Estado civil | | No. de identificación | |
| Lugar de nacimiento | | Nacionalidad | |
| Datos de actividad económica/Ocupación/Negocio | | | |
| Profesión/Ocupación | | Nombre de la empresa | |
| Cargo | | Actividad de la empresa | |
| Dirección de la empresa | | | |
| Ciudad | | País | Teléfono |
| Móvil | Fax | | Correo electrónico |

Perfil financiero/Nivel de ingresos mensuales por actividad económica

| | |
|---|-------|
| Total de ingresos mensuales | US\$: |
| Total de egresos mensuales | US\$: |
| Ingresos diferentes a los originados por la actividad económica principal | US\$: |
| Monto | US\$: |
| Fuente | US\$: |

Situación financiera

| | |
|---------------|-------|
| Total activos | US\$: |
| Total pasivos | US\$: |

2. INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE CÓNYUGE

| | | | |
|---|---|-------------------------|--------------------|
| Nombre completo | Primer apellido | Segundo apellido | Nombre(s) |
| Tipo de identificación | <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Otro: | Fecha de expiración | Día/Mes/Año |
| Estado civil | | No. de identificación | |
| Lugar de nacimiento | | Nacionalidad | |
| Datos de actividad económica/Ocupación/Negocio | | | |
| Profesión/Ocupación | | Nombre de la empresa | |
| Cargo | | Actividad de la empresa | |
| Dirección de la empresa | | | |
| Ciudad | | País | Teléfono |
| Móvil | Fax | | Correo electrónico |

Perfil financiero/Nivel de ingresos mensuales por actividad económica

| | |
|---|-------|
| Total de ingresos mensuales | US\$: |
| Total de egresos mensuales | US\$: |
| Ingresos diferentes a los originados por la actividad económica principal | US\$: |
| Monto | US\$: |
| Fuente | US\$: |

Situación financiera

| | |
|---------------|-------|
| Total activos | US\$: |
| Total pasivos | US\$: |

3. REFERENCIAS

Referencias personales

| | | | |
|------------|--|----------|--|
| Nombre | | | |
| Parentesco | | Teléfono | |

Referencias comerciales

| | | | |
|---------|--|----------|--|
| Entidad | | | |
| Monto | | Teléfono | |

Referencias bancarias/Terjeta de crédito

| | | | |
|------------------------|--|------|--|
| Institución financiera | | Tipo | |
|------------------------|--|------|--|

4. EMISIÓN DE FACTURA

| | | | |
|--------------|--|--|--|
| Razón social | | | |
| RUC | | | |
| Dirección | | | |
| Teléfono | | | |

5. JUSTIFICACIÓN POR FALTA DE INFORMACIÓN

6. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

ENTREGA DE FONDOS

Conocedor(a) de las penas de perjurio, declaro que el origen de los valores cancelados a Bupa Ecuador S.A. por la(s) póliza(s) adquirida(s) son y provienen de actividades lícitas. Asimismo declaro que la información anteriormente detallada es de absoluta responsabilidad de quien suscribe este documento.

AUTORIZACIÓN

Conocedor(a) de las disposiciones de la Ley de Prevención, Detección y Erradicación del Delito de Lavado de Activos y Financiamiento de Delitos, autorizo expresamente a Bupa Ecuador S.A. para que obtenga de cualquier fuente de información, incluida la Central de Riesgos, mis referencias e información personal sobre mi comportamiento crediticio, el manejo de mis cuentas, tarjetas de crédito, etc., y en general sobre el cumplimiento de mis obligaciones, activos, pasivos y datos personales. De igual forma, Bupa Ecuador S.A. queda expresamente autorizada para utilizar, transferir o entregar dicha información a autoridades competentes, organismos de control y/o a otras instituciones o personas jurídicas, legales o reglamentariamente facultadas.

| | | |
|-----------------------|------|-------|
| Firma del contratante | C.C. | Fecha |
| | | |

DECLARACION DEL PRODUCTOR

Declaro haber cumplido con el proceso de vinculación de clientes que estipula la política "Conozca a su Cliente" de la Normativa vigente emitida por la Superintendencia de Bancos y Seguros y que es requerida por Bupa Ecuador S.A.

| | | |
|-----------------------|------|-------|
| Firma del contratante | C.C. | Fecha |
| | | |

7. ADJUNTAR LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN

Copia clara y legible del documento de identificación de todos los integrantes mayores de edad en la solicitud.

Copia de la papeleta de votación (para ecuatorianos).

Copia de un recibo de servicio básico.

Bupa Ecuador S.A. Compañía de Seguros

Av. República de El Salvador N34-229 y Moscú, Ed. San Salvador Piso 4 • Quito - Ecuador
Tel : (593-2)3965600 • Fax: (593-2)3965650 • www.bupalud.com/MiBupa