

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	☐ C.C. ☐ Pasaporte ☐ Otro:		Fecha de expiración
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	☐ C.C. ☐ Pasaporte ☐ Otro:		Fecha de expiración
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