Seguro Colectivo de Vida Deudores
Tarjeta de Enrolamiento

Solicitante:

1. INFORMACIÓN PERSONAL

Primer Apellido: Segundo Apellido:

Nombre(s):

Tipo de Identificación: Cédula ☐ Pasaporte ☐ Número de Identificación:

Lugar de Nacimiento: Fecha de Nacimiento: DD MM AAAA

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

Estatura: cm. Peso: Kg.

Números de teléfono casa: Celular:

Correo Electrónico:

MARQUE SEGÚN CORRESPONDA

Deudor Asegurado Propuesto: ☐

Codeudor (si aplica): ☐ Codeudor de

Apellidos y Nombres del Deudor Asegurado Propuesto

Tipo de Identificación: Cédula ☐ Pasaporte ☐ Número de Identificación:

2. DECLARACIÓN DE SALUD

¿Ha sido diagnosticado usted con alguna de las siguientes enfermedades, esta recibiendo actualmente o ha recibido alguna vez tratamiento para dicha condición?

	Si	No
a. Cualquier desorden neurológico, respiratorio, gastrointestinal, endocrinológico o genito-urinario; diabetes, hipertensión, trastornos de las arterias coronarias, problemas cardíacos o del sistema cardíaco de conducción, trastornos del sistema circulatorio, del sistema cardiovascular o los vasos sanguíneos, desorden de la sangre, problemas con la columna vertebral y/o los discos intervertebrales.		
b. ¿Cualquier tipo de quistes, tumores o cáncer?		
c. ¿Síndrome de inmuno deficiencia adquirida o complejo relacionado con el sida?		
d. ¿Se le ha aconsejado alguna prueba diagnóstica, hospitalización o cirugía que no se ha llevado a cabo; o han sido pacientes de un hospital, clínica, sanatorio u otra institución médica?		
e. ¿Le han rechazado o aceptado en condiciones especiales alguna solicitud para póliza de salud, vida o accidente?		
f. ¿Está embarazada actualmente? (Solo asegurada) Indique cuántas semanas		
g. ¿Ha sido diagnosticado de cualquier otra enfermedad o accidente?		
h. ¿Ha utilizado algún medicamento de forma habitual o bajo prescripción médica en el transcurso de los últimos doce (12) meses?		

En caso de haber respuestas afirmativas, favor ampliar la información de acuerdo a lo solicitado en el siguiente casillero.

3. DETALLE DE RESPUESTAS AFIRMATIVAS

NOMBRE DE LA PERSONA	FECHA DE INICIO	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	LUGAR DEL TRATAMIENTO MÉDICO QUE APLICÓ TRATAMIENTO

Importante: las condiciones preexistentes no declaradas se encuentran excluidas de cobertura.

4. DECLARACIONES

Declaro que estoy consciente que se realizará el tratamiento de mis datos personales acorde a la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales y de acuerdo con la información que se me proporciona a continuación:

• **Responsable:** BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. ("BMI ECUADOR"), con domicilio en la ciudad de Quito en la Av. Shyris y Suecia, edificio Renazzo Plaza piso 12.

• **Finalidad:** Los datos personales que aporta el Solicitante, incluyendo sus datos de salud, se tratarán con las siguientes finalidades: Formalización, desarrollo y ejecución del contrato de seguro; prestación y cobertura del servicio asistencial objeto del contrato de seguro pudiendo a tal fin solicitar y obtener de los profesionales sanitarios información referente a su salud; investigación para el diseño de modelos asistenciales objeto del contrato de seguro; ofrecimiento y gestión de programas asistenciales y de prevención (servicio de promoción de salud) objeto del contrato de seguro; 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 ECUADOR por mandato legal, entre otras, así como aquellas relativas a la normativa de seguros, 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 sus datos de salud, aquellos datos personales que se hayan generado como consecuencia del servicio prestado por BMI ECUADOR 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 sus datos personales; ceder sus datos personales a empresas relacionadas, colaboradoras, filiales, subsidiarias, proveedores y terceros que BMI ECUADOR 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 ECUADOR 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 ECUADOR 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 sus datos personales en https://www.bmicos.com/ecuador/proteccion-de-datos/proteccion-de-datos-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 mediante la entrega de una petición formal por escrito o a través del correo electrónico ext.dpoecuador@bmicos.com, debiendo manifestar expresamente su voluntad para tal efecto.

Declaro que: i) he entregado voluntariamente mis datos personales 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; ii) he leído y entiendo la información proporcionada en relación con el tratamiento de mis datos personales en el presente documento y en la Información Adicional.

La veracidad de las declaraciones aquí contenidas son las que motivan a que BMI ECUADOR vincule al Deudor Asegurado Propuesto y en consecuencia cualquier declaración falsa o inexacta o su omisión implicaría la intención de irrigar daño o perjudicar a BMI ECUADOR con las consecuencias legales que esto implica.

5. AUTORIZACIONES

1. Ningún historial médico existente sustituye mi obligación de contestar con veracidad las preguntas sobre mi historial médico en la presente tarjeta de enrolamiento. La información que se detalla en esta tarjeta de enrolamiento es importante y necesaria para que las partes contratantes puedan cumplir con sus obligaciones y ejercer sus correspondientes derechos. La falta de veracidad u omisión en dicha información liberarán a BMI ECUADOR del cumplimiento de sus obligaciones. El Deudor Asegurado Propuesto tiene el deber absoluto de proveer la información veraz, a pesar de cualquier declaración contraria hecha por el agente. La falsedad y/o reticencia en la información proporcionada por el Deudor Asegurado Propuesto, será causal para que BMI ECUADOR no tramite o limite los beneficios de esta Póliza.

2. Autorizo, expresa e irrevocablemente a BMI ECUADOR: i) a requerir toda la información que considere necesaria, de cualquier médico, prestador de salud, aseguradora, empresa de medicina prepagada, Oficina de Información Médica o agencia de información del consumidor, que se encuentren en el Ecuador o en el extranjero, incluyendo pero no limitada a diagnósticos, exámenes, tratamientos médicos realizados, antecedentes médicos, prognosis de alguna enfermedad y/o tratamiento físico o mental u otros relevantes, inclusive los que en el futuro se me practiquen mientras se encuentre vigente la Póliza; ii) a que realice todo tipo de examen médico incluido sin limitarse todos aquellos que sirvan para diagnóstico de enfermedades de notificación obligatoria de acuerdo con la normativa vigente de salud; iii) a intercambiar información médica con prestadores de servicios de salud del Ecuador los cuales actuarán como encargados del tratamiento o corres- ponsables dependiendo la relación. Adicionalmente, cuenta con el interés legítimo para intercambiar la información médica con los prestadores mencionados; iv) a que transfiera su información médica a los burós de información médica de la Oficina de Información Médica (MIB por sus siglas en inglés, Medical Information Bureau) domiciliada en Estados Unidos de América en 160 University Aveneu, Westwood, MA 02090, o a los prestadores de servicios de salud que se encuentran localizados en territorio nacional o en otros países.

   Toda transferencia nacional o internacional de datos contará con las medidas de seguridad respectivas para proteger la información médica y personal. Estas autorizaciones serán válidas mientras se encuentre vigente la Póliza. Una copia de esta se considerará tan válida como la original. Cualquier acción por parte del Deudor Asegurado Propuesto o sus médicos, o quien lo represente, que busquen obstaculizar la liberación de la información solicitada, hará cesar toda responsabilidad de parte de BMI ECUADOR para otorgar los servicios contratados.

3. Autorizo a cualquier prestador o proveedor de servicios no médicos, como, por ejemplo, establecimientos educativos, deportivos, o cualquier otra entidad pública o privada portadora o tenedora de información que no sea médica sobre mi persona para que suministre a BMI ECUADOR toda la información que le sea solicitada.

4. Autorizo expresamente a BMI ECUADOR 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 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 contratar el seguro.

5. Autorizo expresamente a BMI ECUADOR para que realice el tratamiento de mis datos personales conforme las disposiciones expuestas en el punto 6 del presente documento y en la Información Adicional.

Lugar: Fecha:

	DD	MM	AAAA

Firma del Deudor Asegurado Propuesto

Firma del Codeudor (Si aplica)

La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, para efectos de control, asignó a la presente Tarjeta de Enrolamiento los siguientes números de registro:

• Seguro Colectivo de Vida Deudores: SCVS-1-2-SF-357-269004426-01072026, el 01/07/2026.

• Seguro de Vida Colectivo de Desgravamen para Créditos Inmobiliarios y de Vivienda de Interés Público e Hipotecarios: SCVS-1-2-SF-389-46004426-22072026, el 22/07/2026.

• Seguro de Vida Colectivo de Desgravamen para Operaciones de Tarjetas de Crédito, Débito y de Pago Emitidas y/u Operadas por las Entidades Financieras bajo el control de la Superintendencia de Bancos y del Sector Financiero Popular y Solidario: SCVS-1-2-SF-393-47004426-11082026, el 11/08/2026.