

# 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		
<b>Datos de actividad económica/Ocupación/Negocio</b>			
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		
<b>Datos de actividad económica/Ocupación/Negocio</b>			
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