

FORMULARIO DE VINCULACIÓN Y RENOVACIÓN DE CLIENTES (PERSONA JURÍDICA)



La información aquí descrita será de estricta confidencialidad, necesaria para el cumplimiento de la política "Conozca a su Cliente", de acuerdo a lo establecido en la normativa vigente de Prevención de Lavado de Activos, Financiamiento del Terrorismo y otros Delitos para las Instituciones del Sistema de Seguro Privado. Favor llenar toda la información que se solicita.

1. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Razón social		RUC No.	
Actividad económica		Lugar y fecha de constitución	
Dirección		Ciudad	País
Teléfonos		Correo electrónico	

2. INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

Nombres y apellidos completos	Nombre(s)		Apellidos	
Tipo de identificación:	Cédula <input type="checkbox"/>	Pasaporte <input type="checkbox"/>	Número de Identificación	
Fecha de nacimiento		Lugar de nacimiento	Nacionalidad	cxvbxcvb
Dirección de domicilio				
Sector		Ciudad		País
Teléfono de domicilio		Teléfono celular		
Correo electrónico				
Estado civil:	Soltero <input type="checkbox"/>	Casado <input type="checkbox"/>	Unión libre <input type="checkbox"/>	Divorciado <input type="checkbox"/>
				Viudo <input type="checkbox"/>

3. INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE O CONVIVIENTE

Nombres y apellidos completos	Nombre(s)		Apellidos	
Tipo de identificación:	Cédula <input type="checkbox"/>	Pasaporte <input type="checkbox"/>	Número de Identificación	

4. PERFIL FINANCIERO

Producto principal de la empresa	
Total de ingresos anuales de la empresa (del último período)	US\$
TOTAL ACTIVOS	US\$
TOTAL PASIVOS	US\$

5. PERSONAS QUE SEAN FIRMAS AUTORIZADAS DE LA EMPRESA O REPRESENTEN LEGALMENTE A LA ENTIDAD

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	TIPO DE DOCUMENTO (CÉDULA O PASAPORTE)	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NACIONALIDAD	CARGO QUE DESEMPEÑA
bncvbnvbn				

ACCIONISTAS CON EL 25% O MÁS DEL CAPITAL SUSCRITO

RAZÓN SOCIAL/NOMBRE COMPLETO	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NACIONALIDAD	NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO	% PARTICIPACIÓN

VÍNCULO DEL CONTRATANTE CON EL ASEGURADO

Nombre del asegurado		Vínculo con el asegurado	
----------------------	--	--------------------------	--

Documentos que deben adjuntarse al presente formulario

Copia del RUC
Copia del nombramiento vigente del representante legal, inscrita en el registro mercantil
Copia del documento de identidad del representante legal o apoderado
Copia de recibo de servicio básico, donde conste la dirección del domicilio de la empresa

6. DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN**DECLARACIÓN SOBRE LA CONDICIÓN DE PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE:**

Definición de Personas Expuestas Políticamente (PEP's).- Se considera como Persona Expuesta Políticamente, a todas aquellas personas naturales, nacionales o extranjeras, que desempeñan o hayan desempeñado, hasta los dos años anteriores, funciones públicas destacadas en el Ecuador o en el extranjero, o a quienes se le haya confiada una función prominente en una organización internacional (Resolución UAF-DG-2012-0034, artículo 1).

Familiares y Personas Relacionadas.- Las relaciones comerciales o contractuales que involucren al cónyuge o a las personas unidas bajo unión de hecho reconocida legalmente; o a familiares comprendidos hasta el cuarto grado de consanguinidad (padres, hijos, abuelos, hermanos, nietos, bisabuelos, tíos, sobrinos, biznietos, tíos abuelos, primos y sobrinos nietos) o segundo de afinidad (padres, hijos, abuelos, hermanos y nietos del cónyuge o conviviente) o a personas naturales o jurídicas de cualquier naturaleza, con las cuales una Persona Expuesta Políticamente (PEP), se encuentre asociada o relacionada, en cualquier calidad; deberán ser sometidas a los mismo procedimientos (Resolución UAF-DG-2012-0034, artículo 4).

Una vez leídas las definiciones arriba detalladas, es Usted una "Persona Expuesta Políticamente" o "Familiar o Persona Relacionada".
SI NO

DECLARACIÓN DE ORIGEN Y DESTINO LÍCITO DE RECURSOS:

Declaro bajo juramento, advertido de las penas del perjurio, que los valores entregados a Bupa Ecuador S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros (en adelante "Bupa"), por concepto de pago de póliza (s) o los que resultaren de su aplicación, tienen su origen y destino lícitos. Así mismo declaro que toda la información contenida en este formulario, así como la documentación que se anexa, es real, verdadera, completa y a la fecha, por lo tanto es de mi exclusiva responsabilidad cualquier error, omisión o falsedad.

También reconozco mi obligación de actualizar la información aquí descrita en el momento que existieran cambios y/o por lo menos de forma anual, en tanto mantenga una relación vigente con la compañía.

AUTORIZACIÓN:

Autorizo a Bupa para que dentro de los procesos de verificación y validación de información, conforme a la normativa vigente sobre la Prevención de Lavado de Activos, Financiamiento del Terrorismo y otros Delitos, pueda solicitar a cualquier fuente de información, incluidos los burós de crédito, la información necesaria para cumplir con estos procesos internos. De igual manera, autorizo a Bupa para entregar esta información a las autoridades competentes cuando así lo requieran, eximiéndole de toda responsabilidad, civil, penal o administrativa.

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, firmo el presente documento en señal de comprensión, aceptación y conformidad de su contenido.

Firma del Cliente				
Cédula/Pasaporte		Lugar	Fecha	Día/Mes/Año

7. VERIFICACIÓN DE TEXTO

El Asegurado Titular y/o Contratante podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto.

Lugar y fecha		Lugar y fecha	
Bupa Ecuador S.A. Firma autorizada		Contratante Firma	

La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente formulario el número 44410 con fecha 1 de febrero de 2017.

8. PARA USO DEL ASESOR PRODUCTOR DE SEGUROS

Declaro haber cumplido con el proceso de vinculación de clientes de acuerdo a lo establecido en la normativa vigente de Prevención de Lavado de Activos, Financiamiento del Terrorismo y otros delitos, Resolución JB- 2012- 2147 / JB-2014-3089 en su artículo 17.

Razón social o nombre del asesor productor de seguros			
Firma y sello	Lugar	Fecha	Día/Mes/Año

9. PARA USO INTERNO DE BUPA ECUADOR S.A.

Certifico que he verificado la información detallada en el presente formulario y he realizado la revisión en listas de información.

Nombre del ejecutivo		Cargo	
Firma		Fecha	Día/Mes/Año

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) 2 396 5600 · www.bupasalud.com/MiBupa

