



**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.bupalud.com](http://www.bupalud.com) · [SACecuador@bupalatinamerica.com](mailto:SACecuador@bupalatinamerica.com)

