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	ial				RUC No.						
Actividad econ	ctividad económica				Lugar y fecha de constitución						
Dirección	ección						Ciudad			País	
Teléfonos					Correo electróni	ico					
2. INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO											
Nombres y ape	ellidos co	mpletos			Nombre(s)				Apellidos		
Tipo de identificación: Cédula Pasaporte			asaporte [Número de Identificación							
Fecha de nacin	niento		L	_ugar de n	nacimient	to			Nacionalidad		
Dirección de dor	micilio										
Sector			Ciud	lad		País					
Teléfono de do	micilio					Teléfono celular					
Correo electrónico											
Estado civil:		Soltero 🗌	Ca	asado 🗌		Unión libre 🗌			Divorciado 🗆		Viudo 🗌
3. INFORMACI	ÓN DEL	CÓNYUGE C	CONVI	VIENTE							
Nombres y ape	ellidos co	mpletos			Nombre	e(s)			Ар	ellidos	
Tipo de identif	icación:	Cédula	Pasa	aporte 🗌	Núm	ero de Id	entificacio	ón			
4. PERFIL FINA	ANCIERO)									
Producto princ	ipal de la	a empresa									
Total de ingres	os anual	es de la emp	oresa (de	ıl último p	eríodo)	US\$					
TOTAL ACTIVOS US\$											
TOTAL PASIVOS US\$											
5. PERSONAS QUE SEAN FIRMAS AUTORIZADAS DE LA EMPRESA O REPRESENTEN LEGALMENTE A LA ENTIDAD											
NOMBRES VARELLINGS COMPLETOS DOCUM			TIPO DOCUMI (CÉDUL PASAPO	ENTO	NÚME IDENTIF	RO DE ICACIÓN	NAC	CIONALIDAD		CARGO QUE DESEMPEÑA	

	ACCION	IISTAS CON EL 259	% O MAS DEL CAP	ITAL SUSCRI	ТО	ı
RAZÓN SOCIAL/NOMBRE COMPLETO		NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NACIONALIDAD	NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO		% PARTICIPACIÓN
	VÍN	CULO DEL CONTR	ATANTE CON EL A	SEGURADO		
Nombre del asegurado			Vínculo con el asegurado			
Documentos que deben a	djuntarse al pres	sente formulario	ı		I.	
Copia del RUC						
Copia del nombramie	ento vigente del r	epresentante legal, i	inscrita en el registr	o mercantil		
Copia del documento	de identidad de	representante lega	l o apoderado			
Copia de recibo de se	ervicio básico, do	nde conste la direcc	ión del domicilio de	la empresa		
6. DECLARACIÓN Y AUT	ORIZACIÓN					
DECLARACIÓN SOBRE LA		DEDSONA EVOLIE	STA DOLÍTICAMEN	re.		
Definición de Personas E					iesta Políticamente	a todas aquellas
personas naturales, nacion destacadas en el Ecuador (Resolución UAF-DG-2012	iales o extranjeras o en el extranjero	s, que desempeñan o , o a quienes se le h	o hayan desempeña	ido, hasta los d	dos años anteriores, f	unciones públicas
Familiares y Personas Rela			s o contractuales qu	ie involucren a	ıl cónyuge o a las per	sonas unidas bajo
unión de hecho reconocid	a legalmente; o a	familiares comprer	ndidos hasta el cuar	to grado de c	onsanguinidad (padı	res, hijos, abuelos
hermanos, nietos, bisabue abuelos, hermanos y nieto						
Persona Expuesta Política procedimientos (Resolucio			o relacionada, en cu	ualquier calida	d; deberán ser some	tidas a los mismo
Una vez leídas las definicio		•	"Persona Expuesta	Políticamente	e" o "Familiar o Perso	ona Relacionada"
DECLARACIÓN DE ORIGE	N Y DESTINO LÍ	CITO DE RECURSOS	S:			
Declaro bajo juramento, a Reaseguros (en adelante ' lícitos. Así mismo declaro verdadera, completa y a la	'Bupa"), por conc que toda la info	cepto de pago de po rmación contenida	óliza (s) o los que re en este formulario,	sultaren de su así como la o	ı aplicación, tienen sı documentación que	u origen y destind
También reconozco mi obl forma anual, en tanto mar				omento que e	existieran cambios y/o	o por lo menos de
AUTORIZACIÓN:						
Autorizo a Bupa para que la Prevención de Lavado o incluidos los burós de créd	de Activos, Financ	ciamiento del Terror	rismo y otros Delito	s, pueda solici	itar a cualquier fuent	e de información

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 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 no	ombre 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 ejecu	tivo		Cargo				

Fecha

Firma