FORMULARIO DE VINCULACIÓN Y RENOVACIÓN DE CLIENTES (PERSONA NATURAL)



La información aquí descrita será de estricta confidencialidad, necesaria para el cumplimiento de la politica "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.

Dentes para las institució	onics del Si	oterna ac oc			ileriai toda ia i		acion que se se		
1. INFORMACIÓN PERSONAL									
Nombres y apellidos completos			Nombre(s)				Apellidos		
Tipo de identificación:	Cédula	Pas	aporte 🔲 N	Númer	o de Identifica	ación			
Fecha de nacimiento Lugar de nacimie				niento	to Nacionalidad				
Dirección de domicilio	Dirección de domicilio								
Sector	Ciudad País								
Teléfono de domicilio	Teléfon				léfono celular				
Correo electrónico									
Estado civil:	Soltero _	Casa	ado 🗌	Unió	n libre 🗌	Di	vorciado 🗌	Viudo 🗌	
2. INFORMACIÓN DEL	CÓNYUGE	O CONVIVI	ENTE						
Nombres y apellidos co	mpletos		Nor	mbre(s	5)		А	pellidos	
Tipo de identificación:	Cédula	Pas	aporte 🔲 N	Númer	o de Identifica	ación			
3. ACTIVIDAD ECONÓN	MICA								
Empleado público 🗌	Emplea	ado privado	In	depen	diente 🗌	Д	ma de casa	Estudiante 🗌	
Jubilado 🗌		Otro	Indique	cual:					
Describa la fuente principal de ingresos Profesión									
Nombre de la empresa o	negocio								
Actividad económica de la empresa o negocio					Cargo que desempeña				
Dirección de la empresa d	negocio								
Teléfonos de la empresa			Correo electrónico						
Sector		Ciuda	d		P		aís		
4. SITUACIÓN FINANCIERA									
Ingresos mensuales de la actividad económica declarada US\$									
Egresos mensuales				l	US\$				
Otros ingresos mensuales US\$		•	Fuente de l		uente de los d	otros ingresos			
TOTAL ACTIVOS	US\$								
TOTAL PASIVOS	US								
5. REFERENCIAS									
REFERENCIAS PERSONALES					REFERENCIAS COMERCIALES				
Nombres y apellidos complet		pletos Teléfono			Nombre de la casa comercial Teléf			Teléfono	

REFERENCIAS BANCARIAS/TARJETA DE CRÉDITO									
Inst	Institución financiera Tipo Número								
	VÍNCULO DEL CONTRATANTE CON EL ASEGURADO (APLICA SI EL SOLICITANTE ES DIFERENTE AL ASEGURADO)								
Nor	Nombre del asegurado Vínculo con el asegurado								
Doc	Documentos que deben adjuntarse al presente formulario								
	Copia del docum	ocumento de indentidad del cliente							
	Copia del docum	umento de identidad del cónyuge, en caso de aplicar							
	Copia de recibo de servicio básico, donde conste la dirección del domicilio								
6. /	VISO DE PRIVAC	CIDAD							
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.									
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.									
Firr	na del Cliente								
	dula/Pasaporte		Lugar		Fecha	D/M/A			
		1	J			/			

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			L	_ugar y fecha			
Bupa Ecuador S Firma autorizac			(Asegurado Fitular y/o Contratante Firma			
La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente formulario el número 4441 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			Luga	ar		Fecha	D/M/A
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 ejec	cutivo					Cargo	

Fecha

Firma