



FORMULARIO DE VINCULACIÓN Y RENOVACIÓN CLIENTES (Persona Natural)

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.*

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombres y apellidos completos :				
Tipo de identificación: Cedula <input type="checkbox"/>		Pasaporte <input type="checkbox"/>		Número de identificación:
Lugar y fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____			Nacionalidad:	
Dirección del domicilio:				
Teléfono de domicilio:		Sector:	Ciudad:	País:
		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"/>

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE O CONVIVIENTE

Nombres y apellidos completos:			
Tipo de identificación: Cedula <input type="checkbox"/>		Pasaporte <input type="checkbox"/>	
Número de identificación:			Nacionalidad:

ACTIVIDAD ECONÓMICA

Empleado Público: <input type="checkbox"/>	Empleado Privado: <input type="checkbox"/>	Independiente: <input type="checkbox"/>	Ama de casa: <input type="checkbox"/>
Estudiante: <input type="checkbox"/>	Jubilado: <input type="checkbox"/>	Otro: <input type="checkbox"/>	Indique cual: _____
Describa la fuente principal de sus ingresos:			Profesión:
Nombre de la empresa o negocio:			
Actividad económica de la empresa o negocio:			Cargo que desempeña:
Dirección de la empresa o negocio:			
		Sector:	Ciudad:
		País:	
Teléfonos de la empresa o negocio:			Correo electrónico:

SITUACIÓN FINANCIERA

Ingresos mensuales de la Actividad Económica declarada	USD. _____
Egresos mensuales	USD. _____
Otros ingresos mensuales	USD. _____ Fuente de los otros ingresos: _____
TOTAL ACTIVOS	USD. _____
TOTAL PASIVOS	USD. _____

REFERENCIAS

REFERENCIAS PERSONALES		REFERENCIAS COMERCIALES	
Nombres y Apellidos completos:	Teléfono	Nombre de la Casa Comercial	Teléfono

REFERENCIAS BANCARIAS/TARJETA DE CRÉDITO

Institución Financiera	Tipo	Número

VÍNCULO DEL CONTRATANTE CON EL ASEGURADO

Aplica si el solicitante es diferente al asegurado.

Nombre del Asegurado:	Vínculo con el Asegurado:
------------------------------	----------------------------------

DOCUMENTOS QUE DEBEN ADJUNTARSE AL PRESENTE FORMULARIO

<input type="checkbox"/>	Copia documento de identidad del cliente.
<input type="checkbox"/>	Copia documento de identidad del cónyuge, en caso de aplicar.
<input type="checkbox"/>	Copia de recibo de servicio básico, donde conste la dirección del domicilio.

DECLARACIÓN Y AUTORIZACION

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 1)

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 día mes año

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 día mes año

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: _____
FECHA: _____

FIRMA