



## FORMULARIO DE VINCULACIÓN y RENOVACIÓN 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.*

### INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

<b>Razón Social :</b>		<b>RUC No.</b>	
<b>Actividad Económica:</b>		<b>Lugar y Fecha de Constitución:</b> _____, ____/____/____	
<b>Dirección:</b>		<b>Ciudad:</b>	<b>País:</b>
<b>Teléfonos:</b>		<b>Correo electrónico:</b>	

### INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

<b>Nombres y apellidos completos :</b>			
<b>Tipo de identificación:</b>	<b>Cedula</b> <input type="checkbox"/>	<b>Pasaporte</b> <input type="checkbox"/>	<b>Número de identificación:</b>
<b>Lugar y fecha de nacimiento:</b> _____, ____/____/____		<b>Nacionalidad:</b>	
<b>Dirección del domicilio:</b>			
<b>Sector:</b>		<b>Ciudad:</b>	<b>País:</b>
<b>Teléfono de domicilio:</b>		<b>Celular:</b>	<b>Correo electrónico:</b>
<b>Estado civil:</b>	<b>Soltero:</b> <input type="checkbox"/>	<b>Casado:</b> <input type="checkbox"/>	<b>Unión Libre:</b> <input type="checkbox"/>
		<b>Divorciado:</b> <input type="checkbox"/>	<b>Viudo:</b> <input type="checkbox"/>

### INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE O CONVIVIENTE

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

### PERFIL FINANCIERO

**Producto principal de la empresa:** \_\_\_\_\_

**Total de ingresos anuales de la empresa:** \_\_\_\_\_  
(del último periodo )

**Total Activos:** \_\_\_\_\_

**Total Pasivos:** \_\_\_\_\_

### 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

### 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

<b>Nombre del Asegurado:</b>	<b>Vínculo con el Asegurado:</b>
------------------------------	----------------------------------

### DOCUMENTOS QUE DEBEN ADJUNTARSE AL PRESENTE FORMULARIO

<input type="checkbox"/>	Copia del RUC.
<input type="checkbox"/>	Copia del nombramiento vigente del representante legal, inscrita en el registro mercantil.
<input type="checkbox"/>	Copia documento de identidad del representante legal o apoderado.
<input type="checkbox"/>	Copia de recibo de servicio básico, donde conste la dirección del domicilio de la empresa.

## 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 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**