

FORMULARIO DE VINCULACIÓN Y RENOVACIÓN DE 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.

1. INFORMACIÓN PERSONAL

Nombres y apellidos completos		Nombre(s)		Apellidos	
Tipo de identificación:	Cédula <input type="checkbox"/>	Pasaporte <input type="checkbox"/>	Número de Identificación		
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento		Nacionalidad		
Dirección de domicilio					
Sector	Ciudad		País		
Teléfono de domicilio			Teléfono 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"/>

2. INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE O CONVIVIENTE

Nombres y apellidos completos		Nombre(s)		Apellidos	
Tipo de identificación:	Cédula <input type="checkbox"/>	Pasaporte <input type="checkbox"/>	Número de Identificación		

3. 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 ingresos			Profesión		
Nombre de la empresa o negocio					
Actividad económica de la empresa o negocio			Cargo que desempeña		
Dirección de la empresa o negocio					
Teléfonos de la empresa			Correo electrónico		
Sector	Ciudad		País		

4. SITUACIÓN FINANCIERA

Ingresos mensuales de la actividad económica declarada	US\$
Egresos mensuales	US\$
Otros ingresos mensuales	US\$
Fuente de los otros ingresos	
TOTAL ACTIVOS	US\$
TOTAL PASIVOS	US\$

5. 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

Copia del documento de indentidad del cliente
Copia del documento de identidad del cónyuge, en caso de aplicar
Copia de recibo de servicio básico, donde conste la dirección del domicilio

6. AVISO DE PRIVACIDAD**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 confiado 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	D/M/A

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		Asegurado Titular y/o Contratante Firma	

La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente formulario el número 44411 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	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 ejecutivo		Cargo	
Firma		Fecha	D/M/A

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.bupasalud.com/MiBupa

