

# 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.bupalud.com/MiBupa](http://www.bupalud.com/MiBupa)

