



Formulario Conozca a su Cliente Persona Jurídica

Formato Formulario: 001-2024

El formulario debe ser llenado con claridad y sin tachones o enmendaduras. La información solicitada será de estricta confidencialidad y se encuentra conforme a las disposiciones amparadas en la Ley Orgánica de Prevención, Detección y Erradicación del Delito de Lavado de Activos y del Financiamiento de Delitos; su Reglamento; y, resoluciones emitidas por la Superintendencia de Compañías Valores y Seguros (SCVS); Junta de Política y Regulación Financiera; y, Unidad de Análisis Financiero y Económico (UAFE).

1. Información del cliente persona jurídica

Nombre o Razón Social: _____ No. de RUC: _____
Lugar de Constitución: _____ Fecha de Constitución: _____
Actividad económica: _____ Tipo de Inversión: Nacional Extranjera
Tipo de Compañía: Sociedad Anónima Asociación Consorcio S.A.S.
 Responsabilidad Limitada Sociedad de Hecho Otras no reguladas por SCVS Compañía Anónima
 Comandita por Acciones Sucursal Extranjera
Situación Legal de la Compañía: Activa
 Liquidación
 Cancelada
Dirección: _____ Provincia: _____ Ciudad: _____ Teléfonos: _____ Celular persona de contacto: _____
Correo electrónico (corporativo): _____ Correo electrónico de la persona de contacto: _____

2. Información del representante (s) legal (es) o apoderado (s)

Nombres y Apellidos: _____ Tipo de Documento: Cédula
 RUC
 Pasaporte
Nacionalidad: _____ Fecha del nombramiento: _____ Período de designación (años): _____ Teléfono(s) fijo/celular: _____
Estado Civil: Soltero Casado Unión de hecho/libre Divorciado Viudo
Género / Sexo: Masculino Femenino
Correo electrónico 1 (Personal): _____ Número de documento: _____
Correo electrónico 2 (Comercial): _____ Dirección domicilio: _____
País de residencia: _____ Provincia: _____ Ciudad: _____

3. Información del cónyuge o conviviente (completar en caso de que aplique)

Nombres y Apellidos: _____ Tipo de Documento: Cédula
 Pasaporte
Nacionalidad: _____ Teléfono(s): _____
Dirección domicilio (completar en caso de ser distinta al del cónyuge o conviviente): _____ Número de documento: _____
Provincia: _____ Ciudad: _____ País de residencia: _____ Correo electrónico: _____

4. Declaración sobre la condición de persona expuesta políticamente PEP del Representante Legal

Usted, desempeña o ha desempeñado funciones o cargos públicos en el Ecuador o en el extranjero: SI No
Si la respuesta es SI llenar los siguientes campos:
Indicar la función o cargo público que desempeña o desempeñó: Elección popular: Presidente Concejales Superintendentes Diplomáticos
 Vicepresidente Gerentes Secretarios Magistrados
 Asambleístas Ministros Subsecretarios Consejo de Participación Ciudadana y Control Social
 Alcaldes Viceministros Directores Partidos Políticos
 Prefectos Asesores Fuerzas Armadas Otros
En caso de haber seleccionado "otros"
indicar el cargo que desempeña o desempeñó: _____ Institución: _____ Fecha de culminación
o inicio del cargo: _____
Usted es familiar de un PEP, en el 2do. grado de consanguinidad (padres/hijos/abuelos/nietos) o 1er. de afinidad (cónyuge) SI No
Usted trabaja o es colaborador cercano de una Persona Expuesta Políticamente (PEP) SI No
En caso de ser familiar, colaborar o empleado de un PEP, indicar la relación: Padres Cónyuge
 Hijos Colaborador
 Abuelos Empleado
 Nietos
Nombres y Apellidos del PEP: _____
Cargo del PEP: _____ Institución del PEP: _____

5. Detalle de accionistas de la empresa con el 10% o más de participación:

Accionista 1	Accionista 2	Accionista 3
Tipo de Identificación <input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> RUC <input type="checkbox"/> Pasaporte	Tipo de Identificación <input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> RUC <input type="checkbox"/> Pasaporte	Tipo de Identificación <input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> RUC <input type="checkbox"/> Pasaporte
Nombre Completo / Razón Social	Nombre Completo / Razón Social	Nombre Completo / Razón Social
Identificación	Identificación	Identificación
Nacionalidad	Nacionalidad	Nacionalidad
Tipo de Inversión <input type="checkbox"/> Nacional <input type="checkbox"/> Extranjera	Tipo de Inversión <input type="checkbox"/> Nacional <input type="checkbox"/> Extranjera	Tipo de Inversión <input type="checkbox"/> Nacional <input type="checkbox"/> Extranjera
Capital USD	Capital USD	Capital USD
Participación (%)	Participación (%)	Participación (%)

Indicar nombre, No. identificación, nacionalidad de la persona natural con mayor porcentaje de participación o en su defecto del representante legal o apoderado del accionista persona jurídica.
Calidad en la que actúa: Accionista Final Representante Legal Apoderado

Indicar nombre, No. identificación, nacionalidad de la persona natural con mayor porcentaje de participación o en su defecto del representante legal o apoderado del accionista persona jurídica.
Calidad en la que actúa: Accionista Final Representante Legal Apoderado

Indicar nombre, No. identificación, nacionalidad de la persona natural con mayor porcentaje de participación o en su defecto del representante legal o apoderado del accionista persona jurídica.
Calidad en la que actúa: Accionista Final Representante Legal Apoderado

*Si hay más de tres accionistas, adjuntar lista.

6. Información financiera

Total de Activos (a) _____ Total de Pasivos (b) _____ Patrimonio (a-b) _____ Ingresos Anuales _____ Gastos Anuales _____

7. Vínculos entre la empresa y el asegurado titular (completar en caso de pólizas individuales)

Vínculo: Solicitante o contratante Pagador
Relación: Laboral Comercial Familiar Amistad
Nombres y Apellidos (asegurado titular): _____
Tipo de documento (asegurado titular): _____
Nro. del documento (asegurado titular): _____
Explique el tipo de relación con el asegurado titular: _____

8. Declaración bajo juramento

Declaro bajo juramento, advertido de las penas del perjurio, que los valores entregados a BUPA ECUADOR S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS (en adelante "BUPA"), o los recibidos como resultado de la relación comercial, tienen su origen y destino lícitos. Así mismo declaro que toda la información contenida en este formulario, 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, en tanto mantenga una relación vigente con la compañía.

9. Tratamiento de datos personales:

Los datos personales del representante legal y de las personas aseguradas bajo la póliza contratada, o aquellos otros intercambiados para cumplimiento de la política de "Conozca a su Cliente", de acuerdo con 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, serán tratados con esa finalidad. Adicionalmente utilizaremos los datos personales del representante legal y de las personas aseguradas bajo la póliza contratada para diversas finalidades como la determinación y formalización de la cobertura, evaluación y análisis de riesgos, para la prestación de nuestros servicios ofertados y contratados, envío de información que puede resultar de su interés, así como para el cumplimiento de nuestras obligaciones legales, para la elaboración de perfiles necesaria para la personalización de los servicios y para el envío de comunicaciones comerciales. De igual forma utilizaremos sus datos de salud únicamente para la prestación del servicio. BUPA Ecuador forma parte de Grupo BUPA, por lo cual podremos realizar transferencias internacionales de datos.

El representante legal y las personas aseguradas bajo la póliza contratada podrán ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, actualización, eliminación de los datos personales, oposición, suspensión del tratamiento y portabilidad, dirigiéndose a privacyoffice@bupalatinamerica.com. Puede consultar nuestra política íntegra en <https://www.bupalud.com.ec/ec-politica-de-privacidad>.

Declaro que he sido informado, entiendo y consiento de manera libre y voluntaria el uso de mis datos personales en mi calidad de representante legal. Además, declaro contar con el consentimiento y autorización de todos los asegurados titulares para compartir con BUPA ECUADOR S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, su información personal y la de sus respectivos dependientes y beneficiarios.

10. Autorización y aceptación

Autorizo a BUPA ECUADOR S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS 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 y en cumplimiento a la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales, 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 el contenido íntegro de este documento lo firmo en señal de comprensión y aceptación.

Lugar _____ día _____ mes _____ año _____

Firma del Cliente o Representante Legal / Apoderado

11. Documentos que deben adjuntarse al presente formulario

Copia del RUC
 Copia del nombramiento vigente del representante legal, inscrita en el registro mercantil
 Copia documento de identidad del representante legal o apoderado

Para uso exclusivo de la compañía

Nombre del ejecutivo de la aseguradora responsable del proceso de verificación _____

Lugar _____ día _____ mes _____ año _____

Firma