

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 y del Financiamiento de 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 identificación(cédula, pasaporte)		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, casado, conviviente, divorciado, viudo)					

2. INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE O CONVIVIENTE

Nombres y apellidos completos		Nombre(s)		Apellidos	
Tipo identificación(cédula,pasaporte)		Número		Nacionalidad	

3. ACTIVIDAD ECONÓMICA

Indique si es empleado público, empleado privado, independiente, ama de casa, estudiante o jubilado					
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 identidad 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).- Son todas aquellas personas naturales, nacionales o extranjeras, que desempeñan o han desempeñado, funciones o cargos públicos en el Ecuador (nivel jerárquico superior y sus equivalencias) o en el Extranjero; o funciones prominentes en una organización internacional.

También se considera como PEP a: 1) Los familiares de Personas Expuestas Políticamente, sean estas los cónyuges o personas unidas bajo el régimen de unión de hecho, familiares hasta el segundo grado de consanguinidad (padres, hijos, abuelos, hermanos y nietos), yernos, nueras; y primero de afinidad (suegros, cuñados). 2) Los colaboradores directos o cercanos de Personas Expuestas Políticamente, que son personas vinculadas laboralmente al PEP, sean estos asesores, asistentes o cualquier otra labor de confianza, que realicen transacciones u operaciones financieras o ejecuten actos en nombre del PEP, le confieran representatividad, autoridad, o por delegación o encargo implique poder de decisión o toma de decisiones en las entidades públicas. De igual manera las personas que se encuentren asociadas o vinculadas societariamente, o mantenga otro tipo de relaciones empresariales, comerciales o laborales estrechas con un PEP.

Una vez leída la definición arriba detallada, es Usted una “Persona Expuesta Políticamente (PEP)” , “ Familiar de PEP” o “Colaborar directo o cercano de PEP”: SI NO

En caso de haber contestado afirmativamente por favor indique el Cargo, Función o Jerarquía que ejerce como PEP, así como antigüedad desempeñando dicha función y nombre de la Entidad; para el caso de Familiares y Colaboradores de PEP por favor indique el nombre del PEP y explique el vínculo que tiene con el mismo, en caso de conocer el Cargo, Función o Jerarquía que ejerce el PEP con el que Usted está relacionado, así como antigüedad desempeñando dicha función y nombre de la Entidad en la que desempeña tal función, por favor sírvase proporcionarla:

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 (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.

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:

Este es un resumen de nuestra política de Protección de Datos Personales. BUPA ECUADOR S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS (en adelante “BUPA Ecuador”), es responsable del tratamiento de sus datos personales, por lo cual previo a la emisión de la póliza, durante el proceso de vinculación o una vez otorgada o renovada la póliza, utilizaremos sus datos personales 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 del Grupo BUPA, por lo cual podremos realizar transferencias internacionales de datos. Usted podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, actualización, eliminación de datos personales, suspensión u oposición al tratamiento y portabilidad, así como revocar su consentimiento dirigiéndose a nuestro correo: privacyoffice@bupalatinamerica.com.

Puede consultar nuestra política íntegra en <https://www.bupasalud.com.ec/ec-politica-de-privacidad>.

6. AVISO DE PRIVACIDAD (CONTINUACIÓN)

Declaro que he sido informado, entiendo y consiento de manera libre el uso de mis datos personales conforme a lo determinado en las políticas de protección de datos personales de BUPA ECUADOR S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS y lo autorizado expresamente en el presente documento.

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 y del Financiamiento de 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. 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 3 · Quito, Ecuador
Tel. (593) 2 396 5600 · www.bupalud.com · SACecuador@bupalatinamerica.com