



# 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 ☐ Vicepresidente ☐ Asambleístas ☐ Alcaldes ☐ Prefectos ☐ Concejales ☐ Gerentes ☐ Ministros ☐ Viceministros ☐ Asesores ☐ Superintendentes ☐ Secretarios ☐ Subsecretarios ☐ Directores ☐ Fuerzas Armadas ☐ Diplomáticos ☐ Magistrados ☐ Consejo de Participación Ciudadana y Control Social ☐ Partidos Políticos ☐ 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 ☐ Hijos ☐ Abuelos ☐ Nietos ☐ Cónyuge ☐ Colaborador ☐ Empleado

Nombres y Apellidos del PEP: \_\_\_\_\_

Cargo del PEP: \_\_\_\_\_ Institución del PEP: \_\_\_\_\_

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

**Accionista 1**

Tipo de Identificación ☐ Cédula ☐ RUC ☐ Pasaporte

Nombre Completo / Razón Social \_\_\_\_\_

Identificación \_\_\_\_\_

Nacionalidad \_\_\_\_\_

Tipo de Inversión ☐ Nacional ☐ Extranjera

Capital USD \_\_\_\_\_

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

**Accionista 2**

Tipo de Identificación ☐ Cédula ☐ RUC ☐ Pasaporte

Nombre Completo / Razón Social \_\_\_\_\_

Identificación \_\_\_\_\_

Nacionalidad \_\_\_\_\_

Tipo de Inversión ☐ Nacional ☐ Extranjera

Capital USD \_\_\_\_\_

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

**Accionista 3**

Tipo de Identificación ☐ Cédula ☐ RUC ☐ Pasaporte

Nombre Completo / Razón Social \_\_\_\_\_

Identificación \_\_\_\_\_

Nacionalidad \_\_\_\_\_

Tipo de Inversión ☐ Nacional ☐ Extranjera

Capital USD \_\_\_\_\_

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

\*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](mailto:privacyoffice@bupalatinamerica.com). Puede consultar nuestra política íntegra en <https://www.bupasalud.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

Se ha revisado la razonabilidad de la información proporcionada por el cliente o contratante y se ha verificado la documentación e información solicitada de acuerdo con lo establecido en la Política "Conozca a su Cliente", conforme a lo estipulado en la Resolución No. JPRF-S-2022-025 y Resolución No. SCVS-DNPLA-2022-0007.