Formulario de Vinculación de Cliente Corporativo Persona Jurídica

Ciudad: _____ Fecha: día _____ mes _____ año _____

1. Información de la Compañía

Razón Social: _____

Objeto Social / Actividad Económica: _____

Ruc No. _____ Tipo de Inversión: Nacional ☐ Extranjera ☐

Fecha de Constitución: _____ / _____ / _____ (día / mes / año) Situación Legal: Activa ☐ Liquidación ☐ Cancelada ☐

Tipo de Compañía: Sociedad Anónima ☐ Fundaciones ☐ Sector Público ☐ Cía. Limitada ☐ ONG ☐ Otra ☐ Especifique _____

2. Datos del Domicilio de la Compañía

Provincia	Cantón / Ciudad	País

Dirección Corporativa:

Calle Principal, Número, Transversal, Barrio/Sector

Teléfonos:

Oficina	Celular	Correo Electrónico

3. Datos del Representante Legal o Apoderado

Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____

Nombre(s): _____ Nacionalidad: _____

Tipo de Identificación: Cédula ☐ Pasaporte ☐ Número de Identificación: _____

Lugar de Nacimiento: _____ Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____ (día / mes / año)

Sexo: F ☐ M ☐ Estado Civil: Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Unión de Hecho ☐

Fecha de Nombramiento: _____ / _____ / _____ (día / mes / año) Período de designación: _____

4. Datos del Domicilio Representante Legal o Apoderado

Provincia	Ciudad	País

Dirección representante legal:

Calle Principal, Número, Transversal, Barrio/Sector

Teléfonos representante legal:

Domicilio	Celular	Correo Electrónico

5. Datos del Cónyuge o conviviente del Representante Legal o Apoderado

Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____

Nombre(s): _____ Nacionalidad: _____

Tipo de Identificación: Cédula ☐ Pasaporte ☐ Número de Identificación: _____

6. Información Financiera

Total de ingresos anuales: (=) USD

Total de egresos anuales: (=) USD

Situación Financiera:

Total Activos USD

Total Pasivos (-) USD

Patrimonio (=) USD

7. Información Accionistas

Nombres y Apellidos Completos	Número de identificación	Nacionalidad	Tipo de Inversión	Capital (USD)	Porcentaje de Participación (%)

7. Información Accionistas

Nombres y Apellidos Completos	Número de identificación	Nacionalidad	Tipo de Inversión	Capital (USD)	Porcentaje de Participación (%)

8. Declaración de persona expuesta políticamente representante legal o apoderado

Usted desempeña o ha desempeñado funciones públicas a partir del 5to grado determinado en la "Escala de remuneración mensual unificada del nivel jerárquico superior" del Ministerio del Trabajo en el último año, (Ej: Presidente, Vicepresidente, Ministro, Secretario Nacional, Director, General / Coronel Fuerzas Armadas / Policía, autoridades de control, entre otras); o que sin ocupar un cargo público tiene injerencia política a nivel nacional o internacional. SI ☐ NO ☐

Si su respuesta es Si, por favor llene la siguiente información:

Cargo:	Institución:

Fecha de Inicio: _____ / _____ / _____ (día / mes / año) Fecha de Culminación: _____ / _____ / _____ (día / mes / año)

Indique si su cónyuge, parientes o colaboradores cercanos hasta el segundo grado de consanguinidad y primero de afinidad (Ej: abuelos, padres, hijos, hermanos, suegros, cuñados), desempeña o ha desempeñado en el último año alguna de las funciones públicas mencionadas en el párrafo anterior. SI ☐ NO ☐

Si su respuesta es Si, por favor llene la siguiente información:

Nombre y Apellido: _____ Número de Identificación: _____

Cargo: _____ Institución: _____

Fecha de Inicio: _____ / _____ / _____ (día / mes / año) Fecha de Culminación: _____ / _____ / _____ (día / mes / año)

Relación con el Titular Propuesto: _____

Nombre y Apellido: _____ Número de Identificación: _____

Cargo: _____ Institución: _____

Fecha de Inicio: _____ / _____ / _____ (día / mes / año) Fecha de Culminación: _____ / _____ / _____ (día / mes / año)

Relación con el Titular Propuesto: _____

9. Control de Prevención de lavado de activo y financiamiento de delitos

¿La Compañía ha sido objeto de investigación o sanción por falta de aplicación de medidas de prevención de lavado de activos, financiamiento del terrorismo y otros delitos? SI ☐ NO ☐

¿La Compañía cuenta con controles implementados para detectar transacciones inusuales o de alto riesgo de lavado de activos, financiamiento del terrorismo y otros delitos? SI ☐ NO ☐

10. Declaraciones y Autorizaciones

Declaro que la información suministrada en el presente documento, así como en sus anexos es verdadera, completa y actualizada, por lo que me hago enteramente responsable de la misma. Autorizo de forma expresa, voluntaria e irrevocable a todas las personas naturales y jurídicas de derecho público o privado a proporcionar a BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. la información que considere necesaria para realizar los análisis y verificaciones que considere pertinentes e informar a la autoridad competente en caso detectar actividades inusuales o sospechosas. Adicionalmente declaro que tanto los fondos como las cuentas que son utilizadas en mis operaciones con BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. provienen de mis actividades comerciales y no son ni serán producto o destinados a actividades ilícitas o al financiamiento de delitos.

Conocedor y en cumplimiento de la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales, su reglamento de aplicación y demás normativa aplicable, me obligo a obtener la autorización expresa para llevar a cabo el tratamiento y transferencia de datos personales de mis empleados o personal involucrado dentro de la póliza, hacia BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. (BMI ECUADOR), con el objeto de cumplir con el contrato, de conformidad con lo que manda la ley para tal efecto:

Declaro además que conozco y estoy de acuerdo con la información y definiciones que se me proporciona a continuación:

- Responsable: BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A., con domicilio en la ciudad de Quito en la Av. Shyris y Suecia, edificio Renazzo Plaza piso 12.
- Finalidad: Los datos personales que aporta el Solicitante, incluyendo sus datos de salud, se tratarán con las siguientes finalidades: Formalización, desarrollo y ejecución del contrato de seguro; prestación y cobertura del servicio asistencial objeto del contrato de seguro pudiendo a tal fin solicitar y obtener de los profesionales sanitarios información referente a su salud; investigación para el diseño de modelos asistenciales objeto del contrato de seguro; ofrecimiento y gestión de programas asistenciales y de prevención (servicio de promoción de salud), objeto del contrato de seguro; gestión del riesgo actuarial con el fin, entre otros, de determinar la tarifa adecuada en cada caso; cumplimiento de obligaciones que le correspondan a BMI ECUADOR por mandato legal, entre otras, aquellas relativas a la normativa de seguros, leyes tributarias y normativa de protección de datos; análisis de sus intereses y necesidades con base en los datos proporcionados por usted, incluyendo pero sin limitarse a sus datos de salud, aquellos datos personales que se hayan generado como consecuencia del servicio prestado por BMI ECUADOR y aquellos que se hayan obtenido por otros medios; envío de comunicaciones comerciales por cualquier canal, incluido por vía electrónica; llevar a cabo procedimientos de anonimización y seudonimización de sus datos personales; ceder sus datos personales a empresas relacionadas, colaboradoras, filiales, subsidiarias, proveedores y terceros que BMI ECUADOR requiere compartir información para la prestación de sus servicios que pueden estar ubicados fuera del territorio ecuatoriano, e igualmente para efectos de almacenar información en bases de datos locales y/o extranjeras, así como con fines comerciales y fines de investigación científica y/o estadística.
- Legitimación: Ejecución del contrato, cumplimiento de obligaciones legales, interés legítimo, fines de investigación científica y/o estadística y consentimiento tal y como se detalla en la Información Adicional.
- Destinatarios: Empresas relacionadas, colaboradoras, filiales, subsidiarias, proveedores y terceros que BMI ECUADOR requiere compartir información para la prestación de sus servicios que pueden estar ubicados fuera del territorio ecuatoriano, e igualmente para efectos de almacenar información en bases de datos locales y/o extranjeras. En caso de transferencia internacional, BMI ECUADOR se cerciorará que sea efectuada a jurisdicciones que tutelen la protección y privacidad de datos personales.
- Derechos: acceso, eliminación, rectificación y actualización, oposición, suspensión, portabilidad, y, a no ser objeto de una decisión basada única o parcialmente en valoraciones automatizadas, en cualquier momento y de forma gratuita, tal y como se explica en la Información Adicional.

- Información Adicional: encontrará información en relación con el tratamiento de sus datos personales en https://www.bmicos.com/ecuador/politicas- bmi-del-ecuador/
- El titular de los datos personales podrá revocar en cualquier momento los consentimientos otorgados, en los casos que aplique, a través de nuestr centros de atención al cliente o bien a través del correo electrónico postventaec@bmicos.com, debiendo contar con una firma electrónica o física en su requerimiento para la correspondiente autentificación.
- Finalmente, declaro que: i) he entregado voluntariamente los datos personales con la debida autorización de mis empleados para que estos sean tratados de acuerdo con lo que manda la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales, así como con lo acordado en el contrato de seguros suscrito con BMI ECUADOR; y, ii) he leído y entiendo la información proporcionada en relación con el tratamiento de los datos personales de mis clientes en el presente documento y en la Información Adicional.

11. Firma

Como constancia de haber leído y entendido, acepto el contenido del presente formulario y declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes, por lo que me obligo a presentar toda la documentación que demuestre mis declaraciones y firmo el presente documento en señal de comprensión, aceptación y conformidad de su contenido. La información proporcionada en este documento será de estricta confidencialidad, que será utilizada por BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. para la emisión de la Póliza de seguro.

Firma Representante Legal / Apoderado

Nombre Representante Legal/Apoderado: _____

No. De Documento de Identidad: _____

12. **Documentos** adjuntos requeridos

Copia legible de RUC.	SI ☐	NO ☐	N/A ☐
Copia legible del formulario de declaración de impuesto a la renta del año inmediato anterior.	SI ☐	NO ☐	N/A ☐
Copia legible del documento de identificación del representante legal o apoderado.	SI ☐	NO ☐	N/A ☐
Certificado de cumplimiento de obligaciones emitido por la entidad de control (Ej: Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros.)	SI ☐	NO ☐	N/A ☐
Copia de Nómina de accionistas.	SI ☐	NO ☐	N/A ☐

13. Para uso exclusivo de la Compañía

Firma del Ejecutivo de BMI

Nombre del Ejecutivo de BMI _____

Cargo: _____ Lugar: _____ _____ / _____ / _____

día mes año