

		<b>SOLICITUD DE INICIO DE RELACIÓN COMERCIAL PERSONA JURÍDICA/ CONOZCA A SU CLIENTE/ ACTUALIZACIÓN DE DATOS</b>			Código de documento: F-GCOM.02	Versión: 4.0	
Fecha de elaboración: 4/4/2025							
Relación Comercial	Inicial	FALSE	Conozca a su cliente	FALSE	Actualización de datos	FALSE	
Lugar y Fecha				Agencia			
<b>1. DATOS GENERALES</b>							
Razón Social				RUC N°			
Fecha de Constitución		País de Constitución		Provincia de Constitución		Ciudad de Constitución	
Dirección: Calle principal		Calle Transversal		Referencia		N°	
Teléfono(s)		Celular		Correo Electrónico			
Tipo de Sociedad							
Sociedad Anónima	##	Cia. Ltda.	#####	Mixta	####	Extranjera	#####
Cooperativa	#####	ONG	####	Fideli-comiso/ Admin.Fondos	#####	Fundación/ Corporaciones	####
Asociación/ Consortio	####	Sociedad Civil	####	Otras	FALSE		
Tipo de Empresa							
Privada		#####		Pública		####	
Mixta		FALSE					
<b>Nombre de los Principales Accionistas</b>		<b>Tipo de Identificación</b>	<b>N° Identificación</b>	<b>% de Acción (25% o más)</b>	<b>Nacionalidad</b>		
<b>INFORMACIÓN GENERAL DE LA EMPRESA</b>							
Número de Empleados				Número de oficinas o sucursales			
Actividad Económica Principal (Según SRI)							
<b>INFORMACIÓN ADICIONAL</b>							
Organismo de Control al que reporta		Está obligado a aplicar Políticas de Prevención de Lavado de Activos y Financiamientos de otros Delitos					
		Sí		####		No	
						FALSE	
		Sí		####		No	
						FALSE	
<b>PERSONA DE CONTACTO LEGAL EN LA EMPRESA, EN CASO DE CONSULTAS O REGULACIONES</b>							
Nombres y Apellidos				Cargo			
Correo electrónico				Teléfono			
<b>PERFIL FINANCIERO/INFORMACIÓN ECONÓMICA DE LA EMPRESA (Último Año)</b>							
Ingresos o Ventas Anuales				Egresos por Año			
Total Activos				Total Pasivos			
Capital Suscrito y Pagado				Patrimonio			
Fecha de Datos Financieros				Fecha de Patrimonio			
<b>2. DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL</b>							
Nombres y Apellidos				Fecha nacimiento		Lugar nacimiento	
Tipo de Identificación		N° de Cédula/Pasaporte		Fecha caducidad cédula/pasaporte		Nacionalidad	
CI	##	Pasaporte	####				
Dirección: Calle principal		Calle Transversal		Referencia		N°	
Teléfono(s)		Celular		Correo Electrónico			
Tiene relación con algún funcionario o entidad de gobierno		Es dirigente político		Cargo/partido político		Realiza trabajos en el sector público	
Sí	FALSE	No	####	Sí	####	No	###
						Cuál	
<b>DATOS DEL CÓNYUGE O CONVIVIENTE DEL REPRESENTANTE LEGAL (SI APLICA)</b>							
Nombres y Apellidos				Fecha nacimiento		Lugar nacimiento	
Tipo de Identificación		N° de Cédula/Pasaporte		Fecha caducidad pasaporte		Nacionalidad	
CI	##	Pasaporte	####				
Teléfono(s)		Celular		Correo Electrónico			
Tiene relación con algún funcionario o entidad de gobierno		Es dirigente político		Cargo/partido político		Realiza trabajos en el sector público	
Sí	FALSE	No	####	Sí	####	No	###
						Cuál	

REFERENCIAS FINANCIERAS					
Institución	Tipo de Cuenta		Número de Cuenta		
Institución	Tipo de Cuenta		Número de Cuenta		
Institución	Tipo de Cuenta		Número de Cuenta		
TARJETAS DE CREDITO					
Institución	Nombre de Tarjeta		Institución	Nombre de Tarjeta	
Institución	Nombre de Tarjeta		Institución	Nombre de Tarjeta	
INVERSIONES					
Institución	Fecha vencimiento	Valor	Institución	Fecha vencimiento	Valor
3. SOLICITUD DE PRODUCTO/SERVICIO					
Señores Banco Capital S.A. por medio de la presente solicito apertura				Otro:	
DATOS PARA LA GENERACION DE CHEQUERA					
Nombre de Chequera		300	FALSE	Número de Cheques	100
Estado de Cuenta Electrónico				FALSE	30
				FALSE	FALSE
				Correo Electrónico	
TIPO DE CUENTA Y FIRMA CORRIENTES Y AHORROS					
Tipo de Firma		Unica	FALSE	Conjunta	FALSE
				Indistinta	FALSE
COTITULARES			FIRMAS AUTORIZADAS		
Nombres:	Ci:		Nombres:	Ci:	
Nombres:	Ci:		Nombres:	Ci:	
Nombres:	Ci:		Nombres:	Ci:	
DATOS PERFIL TRANSACCIONAL					
PROPOSITO DE LA CUENTA					
Origen de Fondos	Monto mensual depósito	N° Transacciones mensuales depósitos	Monto mensual retiros	N° Transacciones mensuales retiros	
4. RESIDENCIA FISCAL					
Residencia fiscal del cuentahabiente	Sí	FALSE	No	FALSE	Proporcione el número de identificación del contribuyente para cada país que indico anteriormente:
¿Es una persona estadounidense para fines fiscales?					
Si respondió SI, indique su número de identificación del contribuyente de Estados Unidos:					
¿Es residente de cualquier otro país distinto de Estados Unidos para fines fiscales?	Sí	FALSE	No	FALSE	Me comprometo a notificar inmediatamente a Banco Capital S.A. sobre cualquier cambio contenido en este documento y actualizar mi Auto certificación de Residencia Fiscal en un plazo de 30 días a partir de la fecha en que se produzca el cambio.
Si respondió SI: ¿Indique en qué países es residente?					
5. DECLARACIÓN SOBRE EL ORIGEN Y DESTINO LÍCITO DE RECURSOS Y OTROS			6. AUTORIZACIÓN DE CONSULTA Y ENVÍO DE INFORMACIÓN		
<p>Declaro expresamente que los bienes y valores registrados en este documento, así como los que resultaren de la aplicación de la presente solicitud tienen origen y destino lícito, y no provienen de actividades prohibidas por la ley del Ecuador. De igual manera, declaro que la información proporcionada en este documento es verdadera y correcta, y me comprometo a actualizarla de manera inmediata si surge cualquier cambio que sugiere.</p> <p>Autorizo a Banco Capital S.A., a realizar la comparación de esta declaración, e informar a las autoridades competentes en caso de investigaciones y/o determinación de transacciones que se consideren inusuales en relación con mis actividades y movimientos comerciales.</p> <p>Eximo a Banco Capital S.A. de toda responsabilidad, inclusive a terceros, si esta declaración fuese falsa o errónea. En virtud de lo autorizado, renuncio a instaurar por este motivo cualquier tipo de acción civil, penal o administrativa en contra de Banco Capital S.A. y de sus Representantes Legales, funcionarios y Empleados.</p> <p>Siendo conocedor de las disposiciones legales para reprimir el Lavado de Activos, y del Financiamiento de Delitos como el Terrorismo, autorizo expresamente en forma libre, voluntaria e irrevocable a Banco Capital S.A., para que realice todas las verificaciones que considere necesarias sobre todos los datos consignados en este formulario. Adicionalmente comprendo y acepto que la falsedad de información automáticamente da por terminada el proceso de calificación como cliente.</p>			<p>Autorizo (amos) a Banco Capital S.A., a consultar y obtener de cualquier fuente de información pública, la información requerida y necesaria para la apertura de mi (s) cuenta (s)".</p> <p>Por este medio certifico que la información proporcionada en este formulario es fidedigna y completa.</p> <p>Autorizo (amos) a Banco Capital S.A. a proporcionar, directa o indirectamente, la información contenida en este formulario y/o una copia de este formulario a cualquier autoridad pertinente o cualquier parte autorizada para auditar o realizar un control para fines fiscales o de cualquier otra índole, estas autoridades podrán proporcionar esta información a cualquier país que se encuentre detallado en el numeral 4 de este formulario, así como distintas autoridades sean nacionales o internacionales.</p>		

**7. AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**

Como titular (es) de los datos personales, autorizo(amos) y otorgo(amos) de manera libre, informada, expresa y voluntaria mi(s) consentimiento(s) a Banco Capital S.A. para la recolección, almacenamiento y tratamiento de los datos personales que he(hemos) proporcionado, con fines precontractuales, contractuales, de comunicación y/o legales. Esta autorización incluye el tratamiento de los datos durante el tiempo necesario para cumplir con las finalidades mencionadas.

Para más detalles sobre el tratamiento de mis datos personales, incluidas las finalidades, los derechos que me asisten y periodo de conservación, tengo conocimiento de consulta en la página web: <https://www.bancocapital.com/web/politica-privacidad/en> la sección, "Aviso de la política de privacidad de datos".

Como titular(es) de datos reconozco (reconocemos) que, para ejercer derechos de rectificación, actualización, oposición, eliminación o modificación del consentimiento en relación con el tratamiento de datos, es posible mediante el correo electrónico: [privacidad@bancocapital.com](mailto:privacidad@bancocapital.com) o al número de atención al cliente +593 226-5230. Estos derechos podrán ser ejercidos en tanto no se trate de información que sea de interés público o esté sujeta a requerimientos legales de las autoridades competentes.

##### No autorizo(amos) a Banco Capital S.A. el envío de información y/o mensajes de la institución a través de cualquier canal electrónico o electromecánico con fines comerciales y/o de marketing.

**FIRMA DEL SOLICITANTE**

RAZONES QUE IMPIDEN SUMINISTRAR COMPLETA O PARCIALMENTE LA INFORMACIÓN DEL PRESENTE FORMULARIO (Si aplica)

Firma del Representante Legal

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado todo lo anterior, declaro además que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento.

CI:

**8. DATOS PARA USO EXCLUSIVO DE BANCO CAPITAL S.A. (VERIFICACIÓN FUNCIONARIO)**

Fecha de Verificación:		Comentarios/Observaciones:	
LISTADO PEP'S - UAFE		OFAC/ONU	FUNCIÓN JUDICIAL

**ASESOR RESPONSABLE**

Declaro haber cumplido con el proceso de vinculación de la Política "Conozca a su Cliente", de acuerdo con lo dispuesto en el Manual de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiamiento de Delitos como el Terrorismo (ARLAFDT), aprobado por BANCO CAPITAL S.A. Los datos proporcionados por el cliente serán manejados con estricta confidencialidad y al amparo del sigilo bancario.

NOMBRE DEL FUNCIONARIO	CARGO	FIRMA	FECHA