

FORMULARIO DE IDENTIFICACIÓN / ACTUALIZACIÓN

PERSONA JURÍDICA



La información aquí descrita será de estricta confidencialidad, necesaria para el cumplimiento de lo dispuesto por la *Resolución Administrativa N° UIF/067/2022* y el *Artículo 26 del Decreto Supremo 24771 Conocimiento del Cliente*, en cuanto al registro y verificación de la identidad, información personal y actividad económica de los clientes de Bupa Insurance (Bolivia) S.A. (en adelante "Bupa").

Por favor escriba con letra imprenta y clara, asegúrese de proporcionarnos la información completa y precisa.

DATOS GENERALES

Razón Social			
Tipo de Sociedad Comercial		Número de Identificación Tributaria – NIT	
Actividad principal u objeto social			
Fecha de Constitución		País	
Nivel de ingresos anuales expresado en USD			

DIRECCIÓN

Oficina Principal

Dirección (Zona, Av. Calle, N°, Edificio / Condominio, N° Depto.)			
Ciudad	País	Teléfono	

Sucursal 1

Dirección (Zona, Av. Calle, N°, Edificio / Condominio, N° Depto.)			
Ciudad	País	Teléfono	

Sucursal 2

Dirección (Zona, Av. Calle, N°, Edificio / Condominio, N° Depto.)			
Ciudad	País	Teléfono	

PERSONAS AUTORIZADAS O REPRESENTANTES LEGALES

Nombres y Apellidos completos	Tipo de documento de identidad	No. de documento de identidad	Nacionalidad	Cargo

ACCIONISTAS CON 20% DE PARTICIPACIÓN ACCIONARIA O SOCIETARIA

Razón Social / Nombres y Apellidos completos	Número de identificación	País de Constitución	Nombre del Representante Legal o Apoderado	% partici- pación

ORIGEN DE LOS FONDOS

Por favor detalle el origen de los fondos para el pago de la prima

VÍNCULO DEL CONTRATANTE CON EL ASEGURADO (Aplica si es el Contratante quien completa este formulario)

Nombres y Apellidos completos
del Asegurado Titular

Número de póliza

Vínculo con el Asegurado

DECLARACIÓN Y AUTORIZACION

DECLARACIÓN DE ORIGEN Y DESTINO LÍCITO DE RECURSOS

Declaro que, los valores entregados a Bupa, por concepto de pago de póliza(s) o los que resultaren de su aplicación, tienen su origen y destino lícitos. Asimismo, declaro que toda la información contenida en este formulario es real, verdadera, completa y vigente, siendo 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 en tanto mantenga una relación comercial con la compañía.**

CONFIDENCIALIDAD

Conozco que la confidencialidad de los datos proporcionados por este medio está garantizada y protegida para evitar su uso o divulgación indebida, salvo requerimiento de autoridad judicial, fiscal, administrativa competente y facultada para el efecto.

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 legitimación de ganancias ilícitas, pueda solicitar y recibir información de Burós de Información Crediticia (BIC) y de otras fuentes de información públicas y/o privadas, la información necesaria para cumplir con estos procesos internos.

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, firmo/firmamos el presente documento en señal de aceptación y conformidad con su contenido:

Firma Contratante		Lugar	
		Fecha	DD / MM / AAAA
Nombres y Apellidos completos			
Cargo		Sello	

Firma del Asegurado Titular		Lugar	
		Fecha	DD / MM / AAAA
Nombre Asegurado Titular			

Para uso del Productor

Nombre completo		Lugar	
		Fecha	DD / MM / AAAA
Firma y sello (si corresponde)		Clave del Productor	

Bupa Insurance (Bolivia) S.A.

Av. Beni, Calle Guapomo No. 2005 • Edificio Spazio, Oficina 201 - 203 • Santa Cruz, Bolivia
Tel. (591-3) 342 4264 • www.bupasalud.com/MiBupa