

# 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				
<b>Oficina Principal</b>				
Dirección (Zona, Av. Calle, N°, Edificio / Condominio, N° Depto.)				
Ciudad		País		Teléfono
<b>Sucursal 1</b>				
Dirección (Zona, Av. Calle, N°, Edificio / Condominio, N° Depto.)				
Ciudad		País		Teléfono
<b>Sucursal 2</b>				
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	% participación

## 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