FORMULARIO DE DIVULGACIÓN DE PROPIETARIOS REALES

(POR FAVOR LLENAR EN LETRA DE IMPRENTA)

1. POR FAVOR PROPORCIONE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN

Nombre de la Empresa	Nombre legal de la empresa		
Póliza / Número de Grupo	Póliza de Bupa o Número de grupo		
Dirección de la Empresa	Calle o Avenida	No o Apto	Urbanización
Ciudad	Estado o Región	Código Postal	País
Número de Teléfono		Nombre Contacto	
Email de Persona Contacto			

2. INFORMACIÓN DEL PROPIETARIO REAL / ACCIONISTA

Por favor proporcione nombres completos de todos los propietarios reales /accionistas que poseen el 25% o más de la compañía
***PROPIETARIO REAL / ACCIONISTA:** Cada individuo que posea, directa o indirectamente, el 25% o más de los intereses de la sociedad comercial (por ejemplo, cada persona física que posea el 25% o más de las acciones de la empresa). Si los propietarios reales son otras empresas, por favor continúe la declaración a través de todos los niveles de la empresa, hasta llegar al nivel superior de propiedad. Si ningún individuo cumple con esta definición, por favor identifique a los individuos con responsabilidad significativa en la administración de la compañía (Director Ejecutivo, Director Financiero, Director de Operaciones, Miembro Gerente, Socio General, Presidente, Vice Presidente, Tesorero, etc.).

Propietario Real / Accionista 1	Nombre, Inicial y Apellidos		% Participación	
Dirección Residencial Propietario Real / Accionista 1	Calle o Avenida	No o Apto	Urbanización	
Ciudad	Estado o Región	Código Postal	País	
Fecha de Nacimiento	DD/MM/AAAA	Nacionalidad		
Propietario Real / Accionista 2	Nombre, Inicial y Apellidos		% Participación	
Dirección Residencial Propietario Real / Accionista 2	Calle o Avenida	No o Apto	Urbanización	
Ciudad	Estado o Región	Código Postal	País	
Fecha de Nacimiento	DD/MM/AAAA	Nacionalidad		
Propietario Real / Accionista 3	Nombre, Inicial y Apellidos		% Participación	
Dirección Residencial Propietario Real / Accionista 3	Calle o Avenida	No o Apto	Urbanización	
Ciudad	Estado o Región	Código Postal	País	
Fecha de Nacimiento	DD/MM/AAAA	Nacionalidad		

3. NOTIFICACIÓN DE PRIVACIDAD

Bupa Global Latin America, como la parte que controla los datos recogidos en este formulario, respeta su privacidad. Bupa Global Latin America tratará los datos que hayamos recopilado sobre usted de acuerdo con lo estipulado en nuestro aviso de privacidad, disponible en www.bupasalud.com. La información que recopilamos en este formulario es necesaria para llevar a cabo comprobaciones en relación con empresas o individuos sancionados y/o para prevenir o detectar cualquier actividad ilegal. Al enviar el formulario, usted autoriza a Bupa Global Latin America a utilizar la información proporcionada por usted para este propósito. Para cualquier consulta, póngase en contacto con nuestro Oficial de Privacidad a privacyoffice@bupalatinamerica.com.

4. FIRMA

Firma Autorizada		Fecha	DD/MM/AAAA
Nombre completo	Nombre, Inicial y Apellidos		
Nombre completo	Nombre, Inicial y Apellidos		