

# FORMULARIO DE IDENTIFICACIÓN / ACTUALIZACIÓN

## PERSONA NATURAL



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.**

### PROPÓSITO DE LA RELACIÓN COMERCIAL

Asegurado Titular  Contratante

### INFORMACIÓN PERSONAL

Nombres			
Apellidos			
Tipo de Documento de identidad		Número de Documento	
Número de Identificación Tributaria – NIT (cuando corresponda)			
Lugar de nacimiento	CIUDAD Y PAÍS	Fecha de nacimiento	DD / MM / AAAA
Nacionalidad		Profesión	
Dirección del domicilio (Zona, Av. Calle, N°, Edificio / Condominio, N° Depto.)			
Ciudad		País	
Teléfono de domicilio		Celular	
Correo electrónico			
Estado civil	<input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)		

### Información del Cónyuge o Conviviente (por favor completar si su estado civil es Casado(a) o Unión Libre).

Nombres			
Apellidos			
Tipo de Documento de identidad		Número de Documento	
Actividad económica u ocupación principal			
Lugar de trabajo (si corresponde)			

### ACTIVIDAD ECONÓMICA

<input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Otro (describir)			
<input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Jubilado			
Lugar de Trabajo (si corresponde)			
Actividad económica del Lugar de Trabajo			
Cargo		Año de ingreso	
Dirección de Trabajo (Zona, Av. Calle, N°, Edificio / Condominio, N° Depto.)			
Ciudad		País	

## NIVEL DE INGRESOS O PROMEDIO DE INGRESOS MENSUALES

Nivel de Ingresos mensuales expresado en USD

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

Firma del Contratante		Lugar	
		Fecha	DD / MM / AAAA
Nombre del Contratante			

## Para uso del Productor

Declaro haber cumplido con el proceso de vinculación de clientes de acuerdo con lo establecido en la normativa vigente de Prevención de Legitimación de Ganancias Ilícitas, Financiamiento del Terrorismo y Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva, Resolución Administrativa N° UIF/067/2022 de fecha 7 de octubre de 2022.

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](http://www.bupasalud.com/MiBupa)