

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

PERSONA NATURAL



El presente formulario es un requisito obligatorio que el cliente debe llenar, revisar y firmar en cumplimiento a las Resoluciones Administrativas 001/2013 y 003/2013 de la Unidad de Investigaciones Financieras (UIF). Además declaro que según el establece el artículo 319 del Código de Procedimiento Civil, que la información contenida en el presente formulario es verdadera, fidedigna, y me declaro conocedor(a) de la obligación de actualizar anualmente mis datos personales.

1. INFORMACIÓN PERSONAL					
Nombres y apellidos completos		Nombre(s)		Apellidos	
Tipo de identificación:		Cédula <input type="checkbox"/>	Pasaporte <input type="checkbox"/>	Cédula de extranjería <input type="checkbox"/>	
Número de Identificación					
Lugar ext.			Fecha de expiración		
Fecha de nacimiento		Nacionalidad		No. de identificación tributaria NIT (si corresponde)	
Dirección de domicilio (indicar calle/avenida/No.)					
Ciudad			País de residencia		
Teléfono de domicilio			Teléfono celular		
Correo electrónico			Profesión		
Sexo: Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>	Estado civil: Soltero <input type="checkbox"/>	Casado <input type="checkbox"/>	Unión libre <input type="checkbox"/>	Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>

2. INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE O CONVIVIENTE					
Nombres y apellidos completos		Nombre(s)		Apellidos	
Tipo de identificación:		Cédula <input type="checkbox"/>	Pasaporte <input type="checkbox"/>	Número de Identificación	

3. ACTIVIDAD ECONÓMICA				
Empleado público <input type="checkbox"/>	Empleado privado <input type="checkbox"/>	Independiente <input type="checkbox"/>	Ama de casa <input type="checkbox"/>	Estudiante <input type="checkbox"/>
Jubilado <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	Indique cual:		
Nombre de la entidad, empresa o negocio				
Actividad económica de la empresa o negocio		Cargo que desempeña		
Dirección de la empresa o negocio				
Fecha de ingreso al lugar de trabajo		Teléfonos del trabajo actual		
Ciudad			País	
Correo electrónico del trabajo				

Su cargo es público, es o era de alto mando, gerencial o cumple o cumplió funciones consideradas destacadas en el país o en el exterior:
Sí No

Si su respuesta es afirmativa, indique el cargo que desempeña

4. DETALLES DE INGRESOS MENSUALES EN US\$

Ingresos provenientes de actividad económica principal		Ingresos Provenientes de otras actividades	
Montos de ingreso		Montos de ingreso	
0 a 2,000		0 a 2,000	
2,001 a 5,000		2,001 a 5,000	
≥ 5,001		≥ 5,001	
Detalle de procedencia de sus otros ingresos			

5. REFERENCIAS PERSONALES, Y/O BANCARIAS Y/O COMERCIALES

Nombres y apellidos completos	Teléfono	Nombres y apellidos completos	Teléfono

6. AVISO DE PRIVACIDAD

CONFIDENCIALIDAD

Aclaremos que la información que se registre en este documento es confidencial entre el cliente y Bupa Insurance (Bolivia), S.A. Misma que será manejada con estricta reserva, en atención a los preceptos establecidos en los artículos 21 y 24 de la Constitución Política del Estado, salvo requerimiento de autoridad judicial, fiscal, administrativa competente y facultada por la Ley para solicitar dicha información.

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, firmo el presente documento en señal de comprensión, aceptación y conformidad de su contenido.

Firma del Cliente			
Cédula/Pasaporte	Lugar	Fecha	D/M/A

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