



WorldWide
Medical

Solicitud No.

Formulario política Conozca a su Cliente (Know Your customer) Persona Jurídica

Pág. 1 de 4

Datos generales

Nombre de la Sociedad	<input type="text"/>		
Núm. Contribuyente o equivalente	<input type="text"/>		
Tipo Societario	<input type="text"/>		
Domicilio Social	<input type="text"/>		
Dirección Postal	<input type="text"/>		
Teléfono (s)	<input type="text"/>	Fax	<input type="text"/>
Dirección de correo electrónico	<input type="text"/>		
Actividad Principal	<input type="text"/>		

Datos del representante o apoderado legal

Nombre (s) y Apellido (s)	<input type="text"/>		
Fecha y lugar de Nacimiento	<input type="text"/>		
Cargo o relación con la Sociedad	<input type="text"/>		
Nacionalidad	<input type="text"/>	Sexo	<input type="text"/> Masculino <input type="text"/> Femenino
Documento de Identidad / Pasaporte	<input type="text"/>		
Dirección Residencial	<input type="text"/>		
Teléfono Residencial	<input type="text"/>	Celular	<input type="text"/>
Dirección de correo electrónico	<input type="text"/>		

Gobierno corporativo

País de Incorporación	<input type="text"/>		
Fecha de Incorporación	<input type="text"/>	Núm. Registro	<input type="text"/>

Composición del órgano de gestión

Nombres	Cargos
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>



Formulario política Conozca a su Cliente (Know Your customer)
Persona Jurídica

Pág. 2 de 4

Nombre	Núm. Acciones
Núm. de Empleados:	

Las Personas Políticamente Expuestas son aquéllas que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas en un país extranjero o en su propio país, ej. Jefes de Estado o de gobierno, políticos de alta jerarquía, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos de empresas estatales, funcionarios importantes de partidos políticos.

☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, nombre y cargo actual o anterior

☐ Sí ☐ No

☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, por favor anexar una lista en hoja de información complementaria indicando las sucursales o afiliadas (indicar dirección, país de incorporación, número de registro, teléfonos y cualquier otra información)

Indique si el Representante Legal, Apoderado o la Sociedad misma son o han sido objeto de investigación, indagación o condena por actividades ilícitas o delitos de lavado o blanqueo de dinero o financiamiento de terrorismo.

☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, especifique

☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, responder las siguientes preguntas; en caso contrario, ir a casilla de firma del cliente.

DECLARO BAJO LA FE DEL JURAMENTO QUE TODAS LAS ACTIVIDADES DE LA SOCIEDAD SON EJERCIDAS DENTRO DE LAS NORMAS LEGALES Y QUE LOS RECURSOS UTILIZADOS PARA EL PAGO DE LOS SEGUROS EN MENCIÓN, PROVIENEN DE LAS SIGUIENTES FUENTES.

Detalle de Actividad Comercial o Negocio



Formulario política Conozca a su Cliente (Know Your customer) Persona Jurídica

Pág. 3 de 4

Perfil financiero

Ingresos anuales actividad principal	<input type="checkbox"/> < de US\$250 mil	<input type="checkbox"/> US\$50 mil a US\$1 millón	<input type="checkbox"/> US\$1 millón a US\$10 millones
	<input type="checkbox"/> > de US\$10 millones		
Ingresos anuales por otras actividades	<input type="checkbox"/> < de US\$250 mil	<input type="checkbox"/> US\$250 mil a US\$1 millón	<input type="checkbox"/> US\$1 millón a US\$10 millones
	<input type="checkbox"/> > de US\$10 millones		

Referencias bancarias

Razón Social	Productos con esta empresa	Teléfono contacto

Referencias comerciales

Nombre/Razón Social	Descripción de la relación comercial	Teléfono contacto

Documentos Necesarios (indicar con una X)

1. Copia documentos de Incorporación ☐
2. Acta de última Asamblea General Ordinaria ☐
3. Copia del Registro de Incorporación o su equivalente ☐
3. Copia del Registro de Incorporación o su equivalente ☐
4. Copia de Documento de Identidad Personal o pasaporte del Representante o apoderado legal ☐
5. Copia de Documento de Identidad o pasaportes de los principales accionistas ☐
6. Copia de Documento de Identidad o pasaporte de los miembros del órgano de gestión ☐
7. Estados financieros (de los últimos tres ejercicios fiscales) ☐
8. Tres (3) Cartas de referencia bancaria ☐
9. Documentación que prueben la fuente y origen de recursos de transacción ☐
10. Carta firmada por el Secretario o Representante de la Sociedad que establezca la identificación de los accionistas con más de un 25% de acciones ☐
11. Poder de representación al Representante o apoderado Legal de la Sociedad ☐



WorldWide
Medical

Solicitud No.

Formulario política Conozca a su Cliente (Know Your customer) Persona Jurídica

Pág. 4 de 4

Declaración

POR LA PRESENTE DECLARO BAJO LA FE DE JURAMENTO QUE LOS DATOS SUMINISTRADOS ANTERIORMENTE Y CONTENIDOS EN ESTE FORMULARIO SON VERDADEROS, CORRECTOS Y ACTUALIZADOS Y QUE NO HE OMITIDO NINGUNA INFORMACIÓN REQUERIDA EXPLÍCITA O IMPLÍCITAMENTE EN ESTE FORMULARIO.

Firma

Fecha

Datos del corredor (quien declara haber revisado los datos dada por el cliente o contratante)

Nombre/Razón Social

No. Licencia

Firma del Corredor

Fecha

Para uso de la aseguradora

Nombre completo funcionario

Cargo

Firma y sello

Fecha