



WorldWide
Medical

Solicitud No.

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

Pág. 1 de 3

Datos generales

Primer Nombre	<input type="text"/>	Segundo Nombre	<input type="text"/>
Apellido (s)	<input type="text"/>		
Fecha de Nacimiento	<input type="text"/>	Documento de Identidad / Pasaporte	<input type="text"/>
Estado Civil	<input type="text"/>	Sexo	<input type="text"/> F <input type="text"/> M
Nacionalidad	<input type="text"/>	País de residencia	<input type="text"/>
Apartado Postal	<input type="text"/>		
Dirección Residencial	<input type="text"/>		
Teléfono Residencial	<input type="text"/>	Celular	<input type="text"/>
Dirección de correo electrónico	<input type="text"/>		

Datos profesionales

Profesión	<input type="text"/>		
Ocupación	<input type="text"/>		
Nombre de la Empresa	<input type="text"/>		
Dirección de la Empresa	<input type="text"/>		
Tiempo en el cargo	<input type="text"/>	Teléfono	<input type="text"/>
		Fax	<input type="text"/>
Dirección de correo electrónico	<input type="text"/>		

Persona políticamente expuesta

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, entre otros.

¿Es Usted una Persona Políticamente Expuesta? Sí No

En caso afirmativo, cargo actual o anterior y tiempo en el cargo

Pólizas con prima anual, igual o mayor a US\$10,000.00

El total de las primas anuales que usted paga son iguales o superior a US\$10,000.00 Sí No

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



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

Pág. 2 de 3

Detalle de Actividad Comercial o Negocio

☐ Sí ☐ No

Ingresos anuales actividad principal	<input type="checkbox"/> < de US\$10 mil	<input type="checkbox"/> US\$ 10 mil a US\$30 mil	<input type="checkbox"/> US\$10 mil a US\$30 mil
	<input type="checkbox"/> > de US\$50 mil		
Ingresos anuales por otras actividades	<input type="checkbox"/> < de US\$10 mil	<input type="checkbox"/> US\$10 mil a US\$30 mil	<input type="checkbox"/> US\$10 mil a US\$30 mil
	<input type="checkbox"/> > de US\$50 mil		

Razón Social	Productos con esta empresa	Teléfono contacto

Nombre/Razón Social	Descripción de la relación comercial	Teléfono contacto

Nombre	Parentesco	Teléfono contacto



WorldWide
Medical

Solicitud No.

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

Pág. 3 de 3

Documentos Necesarios (indicar con una X)

1. Copia de Documento de Identidad o pasaporte ☐
2. Estados financieros auditados de los dos (2) últimos ejercicios ☐
3. Cartas de referencias bancarias ☐
4. Documentación que pruebe la fuente y origende recursos de transacción ☐

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