

Veracidad de Información: Por la presente declaro bajo juramento y en forma voluntaria, por así convenir a mis intereses, que toda la información que he proporcionado a **SEGUROS PROVIDA S.A.** es verdadera, auténtica y fidedigna, constituyendo la presente declaración jurada una certeza jurídica.

Origen y destino de los fondos: Declaro libre y voluntariamente, que el (los) seguro(s) solicitado(s) a **SEGUROS PROVIDA S.A.** ampara(n) a personas con fondos de procedencia lícita y que los recursos que deriven de una eventual indemnización o pago por parte de **SEGUROS PROVIDA S.A.** no serán destinados a la financiación del terrorismo. Igualmente, declaro que los ingresos con los cuales se pagará la prima correspondiente al (los) contrato(s) de seguro(s) tienen origen lícito. Manifiesto además que mi actividad u oficio es lícito, la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Boliviano.

Solicitud de Información: Autorizo de manera voluntaria e irrevocable a **SEGUROS PROVIDA S.A.** a solicitar en cualquier momento dentro del tiempo que dure la vinculación contractual toda la información que esta requiera, incluida la revisión de burós de Información (BI), así como de otras fuentes que estime necesario. Igualmente, doy mi consentimiento a reportar los datos proporcionados por mi persona y el registro de mi información crediticia y otras cuentas por pagar de carácter económico, financiero, judicial y comercial derivados de la relación con **SEGUROS PROVIDA S.A.** en las bases de datos de los Burós de Información (BI).

Confidencialidad: **SEGUROS PROVIDA S.A.** aclara que la información brindada es confidencial, salvo requerimiento de autoridad jurídica, Fiscal, administrativa competente y facultada por ley para solicitar dicha información.

* CAMPOS OBLIGATORIOS

a) Información General

Razón Social * _____

Actividad Económico Principal * _____ Tipo de Sociedad comercial * _____

Numero de Identificación Tributaria (NIT) * _____ Número de Registro de comercio u otro* _____

Dirección de Oficina Principal * _____ N° * _____

Zona * _____ Ciudad * _____ Edificio * _____ N° Oficina _____

_____ Ciudad _____

Dirección otras sucursales * _____ Ciudad _____

_____ Ciudad _____

Número de Teléfono Fijo y/o Móvil * _____

Dirección correo electrónico * _____ Casilla Postal * _____

Favor responder lo siguiente:	SI	NO	Especifique (Si corresponde)
Tiene algún emprendimiento comercial, además de su ocupación actual*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tiene acciones y/o inversiones bursátiles*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tiene pólizas de seguro en otras compañías*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

b) Información Representante Legal

Nombres * _____ Apellido Paterno * _____ Apellido Materno * _____

Tipo de Documento de Identidad * Cédula de Identidad Pasaporte Cédula de Identidad extranjero

Numero de Documento de Identidad * _____ Lugar de extensión del Documento de Identidad * _____

Nacionalidad * _____ Teléfono fijo y/o móvil * _____

Cargo * _____ Correo electrónico * _____

PERSONAS EXPUESTAS POLÍTICAMENTE O PÚBLICAMENTE (PEP) Y ALLEGADOS PEP

Favor responder lo siguiente:	SI	NO	Especifique (Si corresponde)
¿Es usted una persona Política o Públicamente expuesto? (ver ejemplo al reverso)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Tiene usted relación con un PEP hasta tercer grado de consanguinidad y segundo de afinidad? (ver ejemplo al reverso)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

c) Composición Propietaria/Accionaria/Societaria: Sólo llenar en caso de existir modificación respecto al Testimonio de Constitución presentado

Nombre/Razón Social	Representante Legal (Para Personas jurídicas)	Número de Documento de Identidad	Porcentaje de Participación aproximado	Nacionalidad

d) Referencias de Persona Jurídica

Referencias Comerciales (Al menos uno) * Nombre o Razón Social _____ Teléfono _____

Nombre o Razón Social _____ Teléfono _____

e) Firma del Cliente

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

Nombre _____

Firma y Sello Cliente

PERSONAS EXPUESTAS POLÍTICA Y PÚBLICAMENTE (PEP)

PERSONAS EXPUESTAS POLÍTICAMENTE		PERSONAS EXPUESTAS PÚBLICAMENTE			
POLÍTICO	Presidenta/e Vice Presidenta/e Senadora/or Diputada/o Ministra/o Vice ministra/o Directora/o Gobernadora/o Asambleísta Alcaldesa/de Municipal Concejal Canciller Embajadora/or Cónsul Contralora/or General Defensora/or del Pueblo Procuradora/or General Dirigente Funcionaria/o	ELECTORAL	Miembro del Tribunal Electoral Vocal	EDUCACIÓN	Decana/o Rectora/o Científico Médico
		JUDICIAL	Miembro del Tribunal Agroambiental Plurinacional	ARTE Y DEPORTE	Periodista Actor/Actriz Artista Bailarina/in Modelo Cantante Compositora/or Deportistas Conductora/or de TV o Radio Diseñadora/or de Moda
			Miembro del Tribunal Supremo de Justicia		CARGOS JERÁRQUICOS
POLICIAL	Miembro Alto Mando Policial	Miembro del Tribunal Constitucional Plurinacional	Jueza/ez Vocal Fiscal Notarios Dependientes Judiciales		
FUERZAS ARMADAS	Miembro Alto Mando Militar				

RELACIÓN CON PERSONAS EXPUESTAS POLÍTICA Y PÚBLICAMENTE (PEP)

HASTA TERCER GRADO DE CONSANGUINEIDAD	HASTA SEGUNDO GRADO DE AFINIDAD
Padres Hijos Abuelos Hermanos Nietos Tíos Sobrinos	Padres del cónyuge Hijos del cónyuge o vínculos de adopción Hermanos del cónyuge

A SER LLENADO POR SEGUROS PROVIDA S.A.

Fecha _____ Sucursal _____ Código Cliente _____

Solicitud Inicio relación comercial Nueva Solicitud del cliente Renovación de póliza
 Canal de distribución Directo Broker (corredor de seguro) Agente

A) Documentos adjuntos Inicio Relación Comercial

Copia NIT <input type="checkbox"/>	Copia Matrícula de Comercio <input type="checkbox"/>	Copia de Registro de Gobierno Autónomo Departamental <input type="checkbox"/>
Copia Testimonio de Constitución Social y sus modificaciones <input type="checkbox"/>	Estatutos o Reglamento Interno <input type="checkbox"/>	Copia de Registro de Gobierno Autónomo Municipal <input type="checkbox"/>
Poder Representante Legal <input type="checkbox"/>	Copia Documento de Identidad del Representante <input type="checkbox"/>	Estados Financieros actualizados (solicitud anual) <input type="checkbox"/>
Copia de Autorización y/o Certificación del Ministerio de Relaciones Exteriores de Bolivia (Para personas extranjeras) <input type="checkbox"/>	Origen de los Fondos (Para personas jurídicas extranjeras) <input type="checkbox"/>	Número de Registro del Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo VIPFE (Para Organizaciones sin fines de Lucro) <input type="checkbox"/>

B) Documentos adjuntos Nueva Solicitud del Cliente/Renovación de Póliza (Actualización de Documentación)

Copia NIT <input type="checkbox"/>	Copia Matrícula de Comercio <input type="checkbox"/>	Copia de Registro de Gobierno Autónomo Departamental <input type="checkbox"/>
Copia Testimonio de Constitución Social y sus modificaciones <input type="checkbox"/>	Estatutos o Reglamento Interno <input type="checkbox"/>	Copia de Registro de Gobierno Autónomo Municipal <input type="checkbox"/>
Poder Representante Legal <input type="checkbox"/>	Copia Documento de Identidad del Representante <input type="checkbox"/>	Estados Financieros actualizados (solicitud anual) <input type="checkbox"/>
Copia de Autorización y/o Certificación del Ministerio de Relaciones Exteriores de Bolivia (Para personas extranjeras) <input type="checkbox"/>	Origen de los Fondos (Para personas jurídicas extranjeras) <input type="checkbox"/>	Número de Registro del Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo VIPFE (Para Organizaciones sin fines de Lucro) <input type="checkbox"/>

C) Verificación de la Información

Nombre Funcionario Receptor _____ Fecha _____ Hora _____

Firma Funcionario Receptor _____ Sello Funcionario Receptor _____

Observaciones _____

Nombre Supervisor _____ Fecha _____ Hora _____

Firma supervisor _____ Sello Supervisor _____

Observaciones _____