

FORMULARIO DE IDENTIFICACIÓN / ACTUALIZACIÓN DE DATOS DEL BENEFICIARIO - SEGUROS DE VIDA



FECHA: ____ / ____ / ____

* Campos obligatorios

PERSONA NATURAL

INFORMACION GENERAL (SOLO PARA PERSONA NATURAL)

1. Nombres *					
2. Apellido Paterno *			3. Apellido Materno *		
4. Tipo de Documento (Marque con X) *	Carnet de Identidad []	Pasaporte []	5. Numero de Documento *	6. Extensión *	
	RUN []	CI Extranjero []			
7. Nacionalidad *	7.1 ¿Es ciudadano o residente estadounidense? (Marque con X) *			Si [] No []	
	(en caso afirmativo solicitar el formulario W-9 a Cumplimiento para su llenado)				
8. Actividad Economica *					
9. Direccion Legal *				10. Zona *	
11. Ciudad *			12. Departamento *		

PERSONA JURIDICA

INFORMACION GENERAL (SOLO PARA PERSONA JURIDICA)

1. Razon Social *					
2. Actividad Economica *			3. Numero de Identificación Tributaria NIT (si corresponde)		
3.1 ¿Es una persona jurídica estadounidense o mantiene socios con participación mayor o igual al 10% que sean estadounidenses? (Marque con X) *				Si [] No []	
(en caso afirmativo solicitar el formulario W-9 a Cumplimiento para su llenado)					
Marque con X si se cuenta con una fotocopia simple de los siguiente documentos:					
<input type="checkbox"/>	4. Numero de Identificación Tributaria NIT (si corresponde)				
<input type="checkbox"/>	5. Identificación en el Registro de Comercio (si corresponde)				
6. Direccion Legal *				7. Zona *	
8. Ciudad *			9. Departamento *		
10. En caso de ser una ONG, llenar el numero de registro del Viceministerio de Inversion Publica y Financiamiento Externo (VIPFE):					

FIRMA Y SELLO
EJECUTIVO DE RECLAMOS

FIRMA Y SELLO
JEFE DE RECLAMOS

FIRMA BENEFICIARIO