

Estimado usuario, en cumplimiento a la normativa vigente referente a la identificación de beneficiario final en el pago de reclamos, basado en el Artículo No.31 **“Medidas Normales de Identificación y Conocimiento del Cliente”** del Reglamento del Régimen de Obligaciones, Medidas de Control y Deberes de las Instituciones Supervisadas en Relación a la Ley Especial Contra el Lavado de Activos, Circular No.019/2016 emitida por la Comisión Nacional de Bancos y Seguros. Se le solicita brindar la siguiente información y así proceder al pago de reclamo presentado.

DATOS GENERALES DEL BENEFICIARIO			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer y Segundo Nombre	Apellido de casada (si aplica)
Lugar de Nacimiento:		Fecha de Nacimiento:	Edad:
Nacionalidad:			
Número de Identificación:		Tipo de Identificación: ☐ Tarjeta de Identidad ☐ Pasaporte ☐ Carnet Residente	
Género: ☐ M ☐ F	Estado Civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Unión Libre		Nombre completo cónyuge (si aplica):
Dirección completa de la Residencia (incluyendo departamento/municipio/ciudad)		Teléfono Residencia/celular:	
Nombre del Asegurado del cual usted es Beneficiario:			
Tipo de Relación con el Contratante del Seguro: ☐ Cónyuge ☐ Hijo ☐ Padre o Madre ☐ Otro		Porcentaje de Beneficio: _____	Especifique:
Ha desempeñado usted algun Cargo Público (Diputado, Alcalde, Consul, etc.) o se encuentra asociado a alguno ya sea por afinidad o consanguinidad detallar el periodo ejercido:			
Ocupación u Oficio:		Giro o actividad económica del negocio:	
Nombre de la empresa donde labora:	Posición/cargo que desempeña:		Tiempo de laborar:
Dirección completa de la empresa donde labora (incluyendo departamento / municipio / ciudad):			
Teléfono del trabajo:	Correo electrónico:		Sitio web:
¿Mantiene usted pólizas suscritas con esta u otra (s) Aseguradora (s)? (especifique: nombre de la Aseguradora, tipo de seguro, suma asegurada)			

La información proporcionada a través de este formulario será utilizada y administrada exclusivamente por Seguros Banrural S.A. relacionados a los fines para los cuales se suministró, salvo cuando dicha información deba proporcionarse en atención a un mandato judicial o en cumplimiento a una disposición contenida en el marco legal aplicable. Dado a los _____ días del mes de _____ del año _____.

Firma de Beneficiario

Nota: Este formulario debe ser completado por cada uno de los beneficiarios, acompañado de su documento de identificación.