

Formulario de Identificación del Beneficiario Efectivo

Nº Proposición - Contrato	Nº Correduría	Nº Distribuidor - Colaborador	Agencia
---------------------------	---------------	-------------------------------	---------

DECLARO QUE ACTÚO EN NOMBRE DE LOS SIGUIENTES BENEFICIARIOS EFECTIVOS


Apellidos, Nombre	D. D ^a .	Apellidos	Nombre
Domicilio	Dirección		Número
	Código Postal	Población	Provincia
Ocupación	Trabajo /Puesto actual /Ocupación		Empleador
Fecha y lugar de nacimiento	Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Provincia
NIF / DNI / Pasaporte / País emisor	NIF	DNI / Pasaporte / NIE	País emisor Fecha de caducidad
Nacionalidad	Española <input type="radio"/>		
Para personas jurídicas	Domicilio permanente personal y residencia fiscal		
	% de participación en el tomador de la póliza (directa o indirecta)		
	Para personas jurídicas: Tabla de estructura de participación del tomador obtenida, firmada y fechada:		
	<input type="checkbox"/>	Disponible	<input type="checkbox"/> No disponible

CUESTIONARIO PARA PERSONAS CON RESPONSABILIDADES PÚBLICAS

¿Tiene usted o ha tenido responsabilidades públicas importantes en España o en algún otro país?	Responsabilidades públicas importantes: Jefe del Estado, Jefe de Gobierno, Ministro, Secretario o Subsecretario de Estado, parlamentario, Magistrado del Tribunal Supremo o del Tribunal Constitucional o de otros organismos cuyas decisiones no son susceptibles de apelación o recurso, y Miembros equivalentes del Ministerio Fiscal, Consejero del Tribunal de Cuentas o del Banco de España, Embajadores y encargados de negocios, alto personal militar de las fuerzas armadas y miembros de los órganos de administración, de gestión o de supervisión de empresas públicas.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Si la respuesta es "sí" describa su trabajo y período de ejercicio:	
¿Alguno de sus familiares cercanos tiene o ha tenido responsabilidades públicas importantes?	Familiar cercano: Esposo / a o persona con la que mantiene una relación sentimental estable, padres e hijos y esposos /as o personas con las que los hijos mantienen una relación sentimental estable.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Si la respuesta es "sí" describa su trabajo y período de ejercicio:	
¿Está trabajando o colaborando estrechamente con alguna otra persona que haya tenido responsabilidades públicas importantes?	Persona con la que mantiene una estrecha colaboración: persona que sea notorio que ostenta la titularidad o que controla un instrumento o persona jurídica junto con las personas que tienen o han tenido responsabilidades públicas importantes, o que mantiene otra clase de relación empresarial estrecha con estas personas, que ostenta la titularidad o controla un instrumento o persona jurídica que notoriamente se haya constituido en beneficio de las mismas.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Si la respuesta es "sí" describa su trabajo y período de ejercicio:	

DECLARACIÓN DEL TOMADOR


Mediante la presente firma, declaro que los datos aquí consignados son correctos y completos, atendiendo al cumplimiento de la normativa en materia de prevención de blanqueo de capitales y me comprometo a mantener actualizado por escrito a FWU Life Insurance Lux S.A. sobre cualquier variación de los mismos, así como a proporcionar cualquier documento complementario en relación con ello.

Fecha	Lugar	 Firma (Tomador)
-------	-------	--

DECLARACIÓN DEL MEDIADOR / COLABORADOR RECEPTOR DE LA DOCUMENTACIÓN

El Mediador: _____

abajo firmante acredita que la información facilitada a través del presente formulario cumple debidamente con las obligaciones que se derivan de la normativa en materia de prevención del blanqueo de capitales y de la financiación del terrorismo.

Fecha	Lugar	 Firma (Mediador / Colaborador receptor de la documentación)
-------	-------	--

Original para FWU Life Insurance Lux S.A.

09/2019