

Nombre del asesor financiero independiente

JUAN PABLO GUGLIELMI ESPOSITO

Número de contrato (si ya fue asignado)

8 0 2 7 4 5 C

Código de la entidad

(Al que se adjuntará esta solicitud
a los fines de su procesamiento)

H W L - 1 7 3 1 4 -



HANSARD
WORLDWIDE

Formulario de solicitud
Future Focus / Ascend
Productos de redención de capital y seguro de vida

Esta página se deja en blanco intencionalmente

Sección	Número de página
1. Notas	4
2. Detalles del producto	5
3. Datos del solicitante / vida asegurada	6
4. Datos del beneficiario final o controlador si no es el titular del contrato	8
5. Persona políticamente expuesta	8
6. Designación de beneficiario – Seguro de vida	9
7. Designación de beneficiario – Redención de capital	10
8. Opciones de inversión	13
9. Origen de las contribuciones	14
10. Origen del pago de las contribuciones	15
11. Notas importantes	16
12. Notas adicionales	16
13. Protección de datos	16
14. Declaraciones	17
15. Verificación de la identidad del cliente	18

Por favor tenga en cuenta que el presente documento, HWL331LS 10/25, es una traducción realizada por cortesía de la versión en inglés, identificada como HWL331 10/25. La versión en inglés es y seguirá siendo el único documento definitivo.

Por favor, lea detenidamente antes de completar este formulario

Lea este documento junto con el documento de la Política de privacidad, que se encuentra disponible en nuestro sitio web: hansard.com/privacy-policy.

Contratos de redención de capital y seguro de vida

1. Los fideicomisos, las sociedades y otras entidades legales deben completar este formulario y el Formulario de Solicitud Complementario que se adjunta (HWL16).
2. Cuando una pregunta no sea aplicable, por favor siempre márkela con "N/A".
3. Por favor, envíe este formulario a Administration Centre for Correspondence: 55 Athol Street, Box 192, Douglas, Isle of Man, IM99 1QL, British Isles. También puede escanear el formulario completo y enviarlo por email a ClientServicesSupport@hansard.com.
4. Por favor, tenga en cuenta que se le enviará un email para solicitarle que se suscriba a una cuenta en línea (Online Account) cuando su contrato esté activo. Los documentos de su contrato sólo estarán disponibles a través de su Online Account; no le enviaremos ninguna correspondencia por correo.
5. Cualquier referencia a "nosotros", "nuestro/a" o "la Compañía" significa Hansard Worldwide Limited.
6. Cualquier referencia a "yo" significa el solicitante o los solicitantes conjuntos.

Sólo contratos de seguro de vida

7. Complete la sección 6 para designar los beneficiarios que recibirán el importe a pagar en caso de que el beneficio por defunción sea pagadero conforme al contrato propuesto. Puede designarse un máximo de cuatro beneficiarios.

Sólo contratos de redención de capital

8. Complete la sección 7 para transferir la propiedad del contrato a un beneficiario o beneficiarios en caso de fallecimiento del titular del contrato (o fallecimiento del segundo en caso de contratos conjuntos) antes de la fecha de vencimiento.

2. Detalles del producto

a. Nombre del producto:

Ascend Future Focus

b. Tipo de contrato

Seguro de vida Redención de capital

c. Moneda del contrato

Tenga en cuenta que la moneda del contrato no puede cambiarse después de la entrada en vigencia del mismo.

USD GBP EUR

d. Detalles de la contribución

Importe total de la contribución (en la moneda del contrato)

Sólo para contratos Ascend:

Frecuencia de la contribución Mensual Trimestral Semestral Anual

Período de compromiso Años

Por favor, tenga presente que, si no se realizan las contribuciones para el periodo de compromiso seleccionado, el valor al vencimiento disminuirá.

Recuerde incluir su nombre completo y el número del contrato (si lo conoce) en su instrucción de pago.

e. Medio de pago

Tenga en cuenta que el único medio de pago disponible para Future Focus es una orden permanente de pago / transferencia telegráfica.

Tipo de contribución		Medio de pago
Inicial	Subsiguiente	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Orden permanente de pago / transferencia telegráfica
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tarjeta de crédito (sólo para contribuciones periódicas en Ascend)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Visa Debit (sólo para contribuciones periódicas en Ascend)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro (indicar) <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro (indicar) <input type="text"/>

El (Los) pago(s) debe(n) realizarse a la orden de: Hansard Worldwide Limited

f. ¿Está usted cancelando un contrato existente con nosotros, con cualquier otra compañía del Hansard Group o con otro proveedor para celebrar este contrato?

Sí No

3. Datos del solicitante / vida asegurada

Solicitante 1 / Vida asegurada 1

Tratamiento Sr. Sra. Srta. Otro Por favor, indicar

Nombre de pila **SHERWIN** Segundo nombre **JOHAN** Apellido **APONTE HERNANDEZ**

Fecha de nacimiento **03111986** País de residencia **CHILE**

Nacionalidad **VENEZOLANA**

País de nacimiento **VENEZUELA** Pueblo/ciudad de nacimiento **VENEZUELA**

Género Masculino Femenino Estado civil **CASADO**

Dirección particular permanente **CAMINO BOTROLHUE 670 CONDOMINIO VERSALLES CASA 21 TEMUCO**
REGION ARAUCANIA

No se aceptan casillas de correo o direcciones de terceros. Debe proporcionarse prueba del domicilio – Ver sección 17

Pueblo/ciudad **TEMUCO**

País **CHILE** Código postal **4780000**

Dirección de email **Sherwin_18@hotmail.com**

Número de teléfono

	Código de país	Código de área	Número de teléfono
--	----------------	----------------	--------------------

Móvil/Celular	+56	9	82383727
---------------	------------	----------	-----------------

Trabajo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
---------	----------------------	----------------------	----------------------

Domicilio particular	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Situación laboral Empleado Autónomo Jubilado
Otro Por favor, indicar

Ocupación **MEDICO**

Sector **SALUD**

Nombre del empleador o empresa o, si es jubilado, nombre del último empleador o empresa **SERVICIOS DE SALUD ARAUCANIA SUR**

Ingreso anual Menos de 300.000 300.000 – 500.000 500.000 – 1 millón
Más de 1 millón

Moneda **DOLARES**

País de residencia fiscal **CHILE**

Número de identificación fiscal **25575587-0**

Otro país de residencia fiscal y número de identificación fiscal (de corresponder)

3. Datos del solicitante / vida asegurada (cont.)

Solicitante 2 / Vida asegurada 2

Tratamiento Sr. Sra. Srita. Otro Por favor, indicar

Nombre de pila Segundo nombre Apellido

Fecha de nacimiento País de residencia

Nacionalidad

País de nacimiento Pueblo/ciudad de nacimiento

Género Masculino Femenino Estado civil

Dirección particular permanente

No se aceptan casillas de correo o direcciones de terceros. Debe proporcionarse prueba del domicilio – Ver sección 17

Pueblo/ciudad

País Código postal

Dirección de email

Número de teléfono

Móvil/Celular

Trabajo

Domicilio particular

Situación laboral Empleado Autónomo Jubilado

Otro Por favor, indicar

Ocupación

Sector

Nombre del empleador o empresa o, si es jubilado, nombre del último empleador o empresa

Ingreso anual Menos de 300.000 300.000 – 500.000 500.000 – 1 millón
Más de 1 millón

Moneda

País de residencia fiscal

Número de identificación fiscal

Otro país de residencia fiscal y número de identificación fiscal (de corresponder)

4. Datos del beneficiario final o controlador si no es el titular del contrato

Todo solicitante corporativo debe completar esta sección.

Tratamiento	Sr. <input type="checkbox"/>	Sra. <input type="checkbox"/>	Srita. <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	Por favor, indicar <input type="text"/>
Apellido	<input type="text"/>				
Nombre de pila	<input type="text"/>				
Otros nombres	<input type="text"/>				
Género	Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
País de nacimiento	<input type="text"/>		Pueblo/ciudad de nacimiento	<input type="text"/>	
Estado civil	Casado <input type="checkbox"/>	Divorciado <input type="checkbox"/>	Separado <input type="checkbox"/>	Soltero <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>
	Por favor, indicar <input type="text"/>				
Ocupación	<input type="text"/>				
Sector	<input type="text"/>				
Nombre del empleador o empresa o, si es jubilado, nombre del último empleador o empresa	<input type="text"/>				
Dirección particular permanente (No se aceptan casillas de correo o direcciones de terceros). Debe proporcionarse prueba del domicilio – Ver sección 17	<input type="text"/>				
	<input type="text"/>				
	<input type="text"/>				
Tipo de identificación	Pasaporte ¹ <input type="checkbox"/>	Documento Nacional de Identidad ¹ <input type="checkbox"/>	Otro ¹ <input type="checkbox"/>	Por favor, indicar <input type="text"/>	
Número de documento	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
Emitido por	<input type="text"/>				
Países de residencia fiscal	<input type="text"/>		<input type="text"/>		
Números de identificación fiscal	<input type="text"/>		<input type="text"/>		

¹ Deberá proveerse copia debidamente certificada (ver sección 17).

5. Persona políticamente expuesta

Todo solicitante debe completar esta sección.

Debemos identificar a todas las partes de la solicitud que sean Personas Políticamente Expuestas y solicitar debida diligencia ampliada.

Una persona políticamente expuesta es una persona que tiene o tuvo una función pública destacada. Esto incluye familiares directos y allegados cercanos. Debida Diligencia Ampliada significa que, además de cumplir con los requisitos mínimos de verificación, puede solicitarse a la compañía de seguros de vida que tome medidas adicionales para verificar la identidad, el domicilio, el origen de los fondos y/o el origen del patrimonio de un cliente. Esto puede incluir la solicitud de documentación adicional que respalde la identidad, la residencia, el origen de los fondos y/o el origen del patrimonio del (de los) solicitante(s).

Ejemplos de personas políticamente expuestas son: un jefe de Estado, aquel que ocupe un cargo político o gubernamental, un alto miembro del Poder Judicial, un militar de alto rango, un empleado de una empresa estatal o un miembro del directorio de un banco central.

¿Es alguna de las partes de esta solicitud una persona políticamente expuesta o un familiar o allegado cercano de una persona políticamente expuesta? Sí No

Si la respuesta es "Sí", por favor brinde más detalles debajo (incluyendo nombre completo y condición de Persona Políticamente Expuesta).

Por la presente solicito que, en caso de que el beneficio por defunción sea pagadero, el beneficio se pague al (a los) beneficiario(s) designado(s) cuyos datos se encuentran debajo. Me reservo el derecho de cambiar al (a los) beneficiario(s) designado(s) en cualquier momento a través de la Online Account.

Beneficiario 1

Tratamiento Sr. Sra. Srita. Otro Por favor, indicar

Nombre de pila Segundo nombre Apellido

Género Masculino Femenino

Fecha de nacimiento

Nacionalidad

Domicilio particular

Pueblo/ciudad

País Código postal

Dirección de email

Número de teléfono Código de país Código de área Número de teléfono
Móvil/Celular

Participación en el beneficio total %

Beneficiario 2

Tratamiento Sr. Sra. Srita. Otro Por favor, indicar

Nombre de pila Segundo nombre Apellido

Género Masculino Femenino

Fecha de nacimiento

Nacionalidad

Domicilio particular

Pueblo/ciudad

País Código postal

Dirección de email

Número de teléfono Código de país Código de área Número de teléfono
Móvil/Celular

Participación en el beneficio total %

6. Designación de beneficiario – Seguro de vida (cont.)

Si desea designar a más de dos beneficiarios, copie la página anterior, complétela y preséntela. Para contratos de seguro de vida puede designarse un máximo de cuatro beneficiarios.

Notas importantes

- Al completar esta sección nos da la instrucción de pagar el beneficio por defunción a los beneficiarios designados, conforme al contrato. Éste no constituye una transferencia de la titularidad del contrato, que seguirá siendo propiedad del (de los) titular(es) del contrato.
- No estamos obligados a determinar la validez de esta designación de beneficiario o la existencia de alguna restricción o prohibición en las leyes que rigen la distribución de la propiedad que pudieran afectar la ejecución de esta instrucción.
- Esta sección puede utilizarse para dividir el beneficio pagadero conforme al contrato entre hasta cuatro beneficiarios designados, especificando un porcentaje en la casilla “participación en el beneficio total”. Por ejemplo, beneficiario designado A: 70%; beneficiario designado B: 30%. Si no se indican porcentajes, el beneficio se dividirá en partes iguales.
- Los datos del beneficiario provistos se utilizarán para su identificación y contacto en caso de que el beneficio por defunción sea pagadero. En ese momento, requeriremos la provisión adicional de documentación certificada probatoria para verificar la identidad y el domicilio particular de todos los beneficiarios designados, previo a la realización de cualquier pago.
- Si uno de los beneficiarios designados es menor de 18 años, cualquier pago correspondiente a ese beneficiario se realizará a sus padres o tutores legales.
- La designación se revocará si:
 - el titular del contrato nos da la instrucción a través de la Online Account de cancelar el nombramiento o provee una designación de beneficiario en remplazo;
 - el titular del contrato cede el mismo a un tercero y se nos notifica la cesión por escrito;
 - el contrato finaliza antes de que el beneficio por defunción sea pagadero; o
 - el beneficiario designado fallece antes que el titular del contrato.
- Toda la información personal que haya proporcionado en este formulario se tratará para la finalidad precisa para la que se recaba. También podremos utilizar esta información para cualquier otro fin estipulado en la Política de privacidad, que puede consultarse en nuestro sitio web: [Hansard.com/privacy-policy](https://hansard.com/privacy-policy) Si tiene alguna pregunta en relación con el uso de su información personal, puede ponerse en contacto con el responsable de la protección de datos a través de data.protection@hansard.com o con Hansard directamente usando la información de contacto que figura al final de este formulario.

7. Designación de beneficiario – Redención de capital

Recomendable

Esta designación transfiere la propiedad del contrato a una o más personas (los “Beneficiarios Designados”) en la “fecha de la transferencia”, que es la fecha del fallecimiento del titular del contrato (o fallecimiento del último en fallecer en caso de titulares conjuntos del contrato) antes de la fecha de vencimiento.

El titular del contrato puede designar a un máximo de cuatro Beneficiarios Designados a quienes se transferirá la propiedad del contrato al fallecimiento del único titular del contrato o del último titular vivo. Si se designaron uno o más Beneficiarios Designados, al fallecimiento del último titular vivo del contrato todos los Beneficiarios Designados serán titulares conjuntos del contrato que deben estar de acuerdo en continuar con el contrato. Los titulares del contrato no poseen su porcentaje del mismo; si uno de los titulares del contrato fallece, la propiedad se transferirá a los titulares del contrato supervivientes.

Por la presente solicito que, en caso de fallecimiento del (de los) titular(es) del contrato, la titularidad del contrato se transfiera al beneficiario designado cuyos datos se encuentran debajo. Me reservo el derecho de cambiar a la(s) persona(s) designada(s) en cualquier momento a través de la Online Account.

Beneficiario 1

Tratamiento Sr. Sra. Srita. Otro Por favor, indicar

Nombre de pila Segundo nombre Apellido
 EDGARICK ZOYLETH SILVA MARTINEZ

Género Masculino Femenino

Fecha de nacimiento 0 3 0 2 1 9 8 7

Nacionalidad VENEZOLANA

Domicilio particular CAMINO BOTROLHUE 670 CONDOMINIO VERSALLES CASA 21 TEMUCO
 REGION ARAUCANIA

Pueblo/ciudad TEMUCO

País CHILE Código postal 4780000

Dirección de email Edgaricksilva@gmail.com

Número de teléfono Código de país Código de área Número de teléfono
 Móvil/Celular +56 9 49535273

Porcentaje del valor del contrato exclusivamente al cambio de propiedad y rescate inmediato 9 9 %

Beneficiario 2

Tratamiento Sr. Sra. Srita. Otro Por favor, indicar

Nombre de pila Segundo nombre Apellido
 DOUGLAS ENRIQUE APONTE

Género Masculino Femenino

Fecha de nacimiento 0 8 0 2 1 9 5 6

Nacionalidad VENEZOLANA

Domicilio particular RUTA 5 PUDETO BAJO CABAÑAS PEHUEN s/n, ANCUD
 REGION DE LOS LAGOS

Pueblo/ciudad ANCUD

País CHILE Código postal 5710000

Dirección de email douglasaponte2000@yahoo.es

Número de teléfono Código de país Código de área Número de teléfono
 Móvil/Celular +56 9 45728617

Porcentaje del valor del contrato exclusivamente al cambio de propiedad y rescate inmediato 1 %

Beneficiario 3

Tratamiento Sr. Sra. Srta. Otro Por favor, indicar

Nombre de pila Segundo nombre Apellido

Género Masculino Femenino

Fecha de nacimiento

Nacionalidad

Domicilio particular

Pueblo/ciudad

País Código postal

Dirección de email

Número de teléfono Código de país Código de área Número de teléfono

Móvil/Celular

Porcentaje del valor del contrato exclusivamente al cambio de propiedad y rescate inmediato %

Beneficiario 4

Tratamiento Sr. Sra. Srta. Otro Por favor, indicar

Nombre de pila Segundo nombre Apellido

Género Masculino Femenino

Fecha de nacimiento

Nacionalidad

Domicilio particular

Pueblo/ciudad

País Código postal

Dirección de email

Número de teléfono Código de país Código de área Número de teléfono

Móvil/Celular

Porcentaje del valor del contrato exclusivamente al cambio de propiedad y rescate inmediato %

9 Origen de las contribuciones

Para dar cumplimiento a nuestras obligaciones, debemos comprender cómo nuestros solicitantes han adquirido los fondos que desean invertir con Hansard Worldwide Limited. Por favor, responda las siguientes preguntas en forma completa y clara para cada solicitante:

- a) Por favor, proporcione todos los datos y descripción del origen de las contribuciones a invertir; por ejemplo, detalles de inversiones, ingresos personales, préstamos, ahorros personales, pensión, otros. Recuerde que si proporciona información insuficiente podrá requerírsele información adicional.

INGRESOS DE MI ACTIVIDAD COMO MEDICO Y AHORROS GENERADOS DE MI

ACTIVIDAD COMO MEDICO

- b) ¿Cuál es el valor total de todos sus activos?

Moneda Monto

Si el total de las contribuciones (incluyendo otros contratos de Hansard Worldwide Limited de los que sea titular):

- es igual o superior a GBP 1.000.000 / USD 1.250.000 / EUR 1.000.000 para un contrato basado en contribuciones únicas; o
- es igual o superior a GBP 100.000 / USD 125.000 / EUR 100.000 por año para un contrato basado en contribuciones periódicas; o
- cuando se es titular de contratos basados en contribuciones únicas y de contratos basados en contribuciones periódicas, las contribuciones contratadas igualen o superen GBP 1.000.000 / USD 1.250.000 / EUR 1.000.000 dentro de los próximos cinco años, entonces se requiere prueba documental de apoyo.

Si el origen de la contribución a invertir es patrimonio creado mediante:

1. Ingresos por favor, proporcione lo siguiente:

- copias debidamente certificadas de tres recibos de sueldo recientes; o
- una carta de su empleador que pruebe ingresos y premios obtenidos en los últimos tres meses; o
- cuentas de la empresa o declaraciones juradas recientes si se trata de un autónomo.

2. Inversiones por favor, proporcione lo siguiente:

- si se trata de activos líquidos (depósitos), por favor proporcione extracto bancario o similar;
- si se trata de acciones u otras inversiones, por favor proporcione extracto del agente bursátil o similar.

Por favor, también proporcione:

- una copia certificada del informe de inversiones que muestre el producto de las ventas; o
- una liquidación.

3. Otro contrato de seguro por favor, proporcione lo siguiente:

- una copia debidamente certificada de la carta que notifica el importe del producido a transferir

4. Venta de bienes por favor, proporcione lo siguiente:

- detalles de los bienes vendidos, incluyendo fecha de compra y venta.

Por favor, también proporcione:

- carta firmada del escribano; o
- copia debidamente certificada del contrato de venta.

11. Notas importantes

1. Si usted se convierte en residente de los Estados Unidos de América mientras su contrato está en vigencia, es posible que no podamos aceptar más contribuciones ni instrucciones para modificar las opciones de inversión elegidas hasta que deje de ser residente en los Estados Unidos de América.
2. Sólo aceptaremos una solicitud presentada por un asesor financiero independiente. Su asesor financiero independiente actúa por su cuenta como su agente al asesorarlo y enviarnos su solicitud. Por lo tanto, no somos responsables por el asesoramiento, las aseveraciones, los actos o las omisiones que se produzcan en relación con su solicitud. Por consiguiente, por favor asegúrese de que la solicitud se ajusta a sus instrucciones antes de firmarla.
3. Todas las contribuciones deben pagarse a la orden de "Hansard Worldwide Limited".
4. No aceptaremos responsabilidad alguna por ningún impuesto actual o futuro de cualquier país u otra legislación que pudiera afectar al contrato o a cualquier beneficio que surgiera del mismo. Usted debe buscar asesoramiento independiente sobre la legislación aplicable en su país de residencia.
5. Algunos ejemplos de individuos que pueden aceptarse como autoridad certificante son:
 - su asesor financiero independiente, siempre que haya sido designado como autoridad certificante por nosotros;
 - un representante autorizado de una embajada o consulado del país en el que fue emitido el documento de identidad;
 - un escribano público, fedatario, abogado, encargado de registros públicos u otro empleado o funcionario público autorizado a emitir o certificar copias de documentos;
 - un contador que sea miembro de una institución u otra asociación profesional.
6. Somos una empresa regulada que ahora se considera una Institución Financiera bajo la Ley de Cumplimiento Fiscal para Cuentas en el Extranjero, comúnmente conocida como FATCA por sus siglas en inglés. Hay un impulso para estandarizar los requisitos de información a nivel global, y los impuestos y las cuentas financieras en el extranjero ahora están sujetos al Estándar Común de Información (CRS, por sus siglas en inglés), que será el estándar para el intercambio internacional de información.

Usted reconoce y consiente que se nos solicitará que revelemos información que usted nos ha brindado, incluyendo datos personales como se definen en la legislación actual de protección de datos, con el propósito de cumplir con cualquier requerimiento o pedido de información de la autoridad regulatoria o fiscal. En el caso de que una autoridad regulatoria o fiscal pertinente realice un requerimiento formal de información complementaria que no se encuentre en nuestro poder, usted acepta cooperar con dichos requerimientos dentro de un plazo razonable.

12. Notas adicionales

Cualquier nota adicional hecha debajo por o en representación del solicitante DEBE ser refrendada por el solicitante.

13. Protección de datos

Nuestro documento de Política de privacidad, disponible para su lectura en hansard.com/privacy-policy, describe cómo recolectamos y utilizamos la información personal que se nos proporciona como responsables del tratamiento de datos con el fin de hacer efectivo y administrar el contrato solicitado. Al firmar este formulario de solicitud y proporcionarnos información personal, cada solicitante reconoce que no podemos ofrecer el contrato si no contamos con información personal suficiente y precisa. Todos los derechos de los solicitantes están documentados en la Política de privacidad, incluyendo detalles sobre: derecho al acceso, derecho a la rectificación o a la eliminación, derecho a la restricción del procesamiento, derecho a la portabilidad de los datos, derecho a retirar el consentimiento y derechos sobre cómo presentar un reclamo.

14. Declaraciones

Para ser completado en su totalidad por cada uno de los solicitantes.

POR LA PRESENTE DECLARO que:

1. He leído, entendido por completo y conservado el folleto del producto, el documento con información clave, los Términos y condiciones, la Política de privacidad y una copia de la Declaración y del formulario de firmas. Mi asesor financiero independiente me explicó el contenido de estos documentos de manera tal que comprendo la naturaleza, los riesgos y los costos de este producto y cómo mi asesor financiero independiente lo considera adecuado para mí, basándose en mis capacidades y circunstancias financieras y para satisfacer mis necesidades y alcanzar mis objetivos financieros.
2. He leído y entendido por completo las notas importantes y la declaración de protección de datos de este formulario.
3. Mi asesor financiero independiente actúa por su cuenta como mi agente con respecto a mi solicitud. Entiendo y acepto que mi asesor financiero independiente también tiene autorización para:
 1. Revisar y monitorear mi contrato y el rendimiento de las inversiones a través de Online Account.
 2. Ordenar un retiro de fondos o el rescate del contrato en mi nombre, a través de Online Account, a mi cuenta bancaria designada, sin que sea necesaria otra autorización o confirmación de mi parte.Hasta que yo no entregue a la Compañía notificación escrita que indique lo contrario, mi asesor financiero independiente continuará actuando en calidad de tal una vez que el contrato se haya firmado.
4. Comprendo que el hecho de presentar esta solicitud y firmar la Declaración y el formulario de firmas no constituye ningún tipo de contrato en sí mismo y que la Compañía tiene el derecho a rechazar la solicitud.
5. Se me ha informado que brindar documentación certificada relacionada con prueba de identidad, verificación de domicilio y declaraciones juradas impositivas es un requisito conforme a las leyes y regulaciones aplicables.
6. Soy residente fiscal en las jurisdicciones mencionadas en mi solicitud y en ninguna otra jurisdicción.
7. No soy un ciudadano estadounidense o extranjero residente en los Estados Unidos con obligación de presentar declaraciones juradas de impuestos (renta, herencia, donación o similar) al Servicio de Impuestos Internos de los Estados Unidos de América (IRS, por sus siglas en inglés).
8. Si durante la vigencia de este contrato cambio mi domicilio particular o cambia algún dato personal, lo informaré inmediatamente a la Compañía.
9. Comprendo que la solicitud se suscribirá y emitirá en las Bahamas y está sujeta a la legislación de las Bahamas.
10. En el caso de un contrato de titularidad conjunta, comprendo que tanto yo como cualquier otro titular del contrato podremos dar instrucciones para un retiro de fondos o el rescate del contrato usando la Online Account. Comprendo que el producido del retiro de fondos o del rescate del contrato se pagará en nuestra cuenta bancaria designada, cuyos datos fueron acordados por todos los otros titulares del contrato y por mí, y que no puede cambiarse sin autorización de todos nosotros.
11. A mi leal saber y entender, todas las afirmaciones y declaraciones de mi solicitud, de la Declaración y del formulario de firmas son verdaderas y completas, y deseo proceder con mi solicitud en base a la información provista.
12. La solicitud se ajusta a mis instrucciones antes de ser presentada ante la Compañía, fue presentada en mi nombre y toda la información usada para completarla fue brindada con mi consentimiento. Si cualquier persona que no sea yo ha completado alguna parte de este formulario de solicitud, lo hizo con mi total autorización.

Solicitante 1 / Fiduciario o Firmante Autorizado

Firma Fecha

Escriba su nombre completo en letra de imprenta

Solicitante 2 / Fiduciario o Firmante Autorizado

Firma Fecha

Escriba su nombre completo en letra de imprenta

PARA USO EXCLUSIVO DEL ASESOR FINANCIERO INDEPENDIENTE

Si el solicitante celebra este contrato como un remplazo parcial o total de otro contrato, por favor indique la(s) razón(es) por la(s) que recomienda este contrato al solicitante. Por favor, brinde datos de contratos previos. Utilice una hoja adicional de ser necesario.

15. Verificación de la identidad del cliente

Una autoridad certificante debe completar esta sección. Por favor, haga una marca al lado de todos los ítems adjuntados y asegúrese de incluir todos los documentos necesarios.

Todas las copias de documentos debidamente certificadas deben ser “certificadas como copia fiel” y firmadas y fechadas por una autoridad certificante, cuyo nombre debe escribirse en LETRA DE IMPRENTA MAYÚSCULA debajo de la firma, de acuerdo con la Parte B, Requisitos de identificación – Autoridades certificadoras (“Part B, Identification Requirements – Suitable Certifiers”) de las Notas Orientativas de la Compañía (“Company’s Guidance Notes”, HWL133) para asesores financieros independientes, que rigen los requisitos antilavado de las Bahamas.

1. Canal de comunicación con el cliente

¿Se encontró cara a cara con el cliente?

Me encontré cara a cara con el cliente



No me encontré cara a cara con el cliente



(Incluyendo medios digitales, por ej., FaceTime / cámara web)

2. Participación de terceros en diligencia debida del cliente / “conozca a su cliente”

¿Algún elemento de los procedimientos de diligencia debida del cliente o de “conozca a su cliente” le fue proporcionado por un tercero?

No, los obtuve directamente del cliente



Sí, los obtuve de un tercero



Deben proporcionarse elementos para verificación de la identidad de cada solicitante y beneficiario final, si difieren, como se indica:

A. SOLICITANTE INDIVIDUAL

Una copia debidamente certificada de UNO de los siguientes documentos, que deben tener una fotografía:

1. Pasaporte actual
2. Documento Nacional de Identidad actual

De no estar disponibles, copias debidamente certificadas de otros dos documentos formales, como declaración de impuestos, licencia de conductor o documento similar.

Junto con:

Una copia debidamente certificada de un documento en el que conste el domicilio particular de cada solicitante. Dicho documento puede ser una factura de servicios públicos¹ o de impuestos municipales, un extracto bancario o de tarjeta de crédito, un comprobante de hipoteca, una declaración jurada de impuestos o una licencia de conducir. Preferentemente, el documento no debería tener más de seis meses de antigüedad.

B. SOLICITANTE BAJO PODER NOTARIAL

Cuando el solicitante actúe bajo un poder notarial, se requerirá verificación de la identidad y prueba de residencia tanto del solicitante como del apoderado, de acuerdo con las disposiciones del párrafo A. También se requerirá una copia debidamente certificada del poder junto con la razón para otorgarlo.

¹Por ejemplo, factura de gas, electricidad, agua o teléfono. Por favor, tenga en cuenta que no se aceptarán facturas de teléfonos celulares.

C. SOLICITANTE FIDUCIARIO

1. Cuando el solicitante sea un fiduciario individual o cuando haya más de un fiduciario individual, la identidad de cada fiduciario debe verificarse de acuerdo con el Párrafo A y se deben proporcionar muestras de firmas
2. Copia de la escritura fiduciaria y del cronograma del fideicomiso (como prueba de la correcta designación del fiduciario, de los fideicomitentes y de los beneficiarios)
3. Objeto del fideicomiso (por ejemplo, planificación del impuesto a la herencia)
4. Datos del origen de los activos en el fideicomiso
5. Nombres y direcciones de las personas de las que recibiremos instrucciones, junto con sus muestras de firma. También se requerirá verificación de sus identidades
6. Los fiduciarios deben proporcionar detalles de todas las partes del fideicomiso (fideicomitentes, beneficiarios, protectores según corresponda): nombres completos, direcciones y fechas de nacimiento
7. Se requiere verificación de identidad para el fideicomitente y el protector, de acuerdo con el Párrafo A o D (según corresponda)
8. Cuando los fiduciarios han autorizado a un tercero a actuar en su nombre, la Compañía debe recibir confirmación por escrito de parte de los fiduciarios de tal autorización junto con el nombre completo, la dirección y la muestra de firma de dicho tercero.

D. SOLICITANTE CORPORATIVO incluyendo fiduciarios corporativos

1. Certificado de Constitución u otra prueba oficial de registro
2. Copia del acta constitutiva
3. Prueba suficiente del domicilio social de la compañía
4. Resolución de la junta en la que los directores autorizan la apertura de la cuenta y confieren autoridad a la persona que operará la cuenta
5. Nombres y direcciones de todos los directores, junto con la verificación de identidad de los directores
6. Nombre(s) de la(s) persona(s) que ocupa(n) un cargo directivo
7. Copia de la última memoria y balance anual
8. Confirmación por escrito de que la sociedad no ha estado ni está en el proceso de disolverse, cancelarse su inscripción, liquidarse o extinguirse
9. Lista de los directivos autorizados que actúan en nombre de la sociedad y de quienes la Compañía recibirá instrucciones, junto con datos de sus nombres completos, direcciones y muestras de firmas
10. Nombres y direcciones de todos los beneficiarios finales junto con la verificación de identidad de los beneficiarios finales (individuales o corporativos) que tengan 10% o más del capital social emitido.

Por favor, consulte nuestros requisitos de verificación relacionados con individuos en el Párrafo A.

16. Verificación de la identidad del cliente (cont.)

E. OTROS TIPOS DE SOLICITANTES

La prueba de identidad para otros tipos de solicitantes variará dependiendo del tipo de solicitante; por ejemplo, obras de beneficencia, gobierno local o nacional. Por favor, consúltenos para determinar qué tipo de prueba será necesaria antes de que pueda considerarse la solicitud.

Por favor, indique cómo y cuándo conoció al (a los) solicitante(s)

Una autoridad certificante debe certificar toda la documentación.

Declaración

Confirmando que he visto los documentos originales especificados con anterioridad y que he confirmado el nombre y la identidad del (de los) individuo(s) y adjunto una copia certificada de cada documento para sus registros.

Firma de la autoridad certificante

Fecha

Escriba su nombre completo en letra de imprenta

JUAN PABLO GUGLIELMI ESPOSITO

Código de la entidad

Esta página se deja en blanco intencionalmente



HANSARD
WORLDWIDE

Hansard Worldwide Limited

Registrada en las Bahamas (N.º 200975B) y autorizada por la Insurance Commission of The Bahamas.

Email: ClientServicesSupport@hansard.com **Teléfono:** +1 242 397 2120 **Sitio web:** hansard.com

Centro administrativo de correspondencia: Hansard International Limited (Reinsurer), 55 Athol Street, Box 192, Douglas, Isle of Man, IM99 1QL, British Isles.

Domicilio social: Sassoon House, Shirley St & Victoria Avenue, PO Box SS-5383, Nassau, Bahamas.