

## SOLICITUD DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS - PERSONA JURIDICA

(Para ser llenado en computadora o a mano en letra imprenta con bolígrafo negro. No se aceptan documentos con tachaduras o enmiendas)

DATOS DE LA EMPRESA				
Nombre de la empresa o razón social:				
No. R.I.F.:	Fecha de constitución:	Ciudad de constitución:	País de constitución:	
Explique en sus propias palabras, la actividad de la Empresa:				
¿Posee Cuenta en Bancaribe Venezuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, indique la antigüedad de la cuenta:				
Dirección Actual de la Empresa (Utilice la misma dirección que aparece en el RIF de la empresa)				
Avenida / Calle:	Edificio/ Centro empresarial/ Casa:	Piso:	N° Oficina/ N° Local:	Urbanización / Sector / Barrio:
Ciudad:	Municipio:	Estado:		Zona postal:
Teléfono 1:	Teléfono 2:	Fax:	Celular:	
Correo electrónico:	Página web:	¿Desea recibir los estados de cuenta a través del correo electrónico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
DATOS DE ACCIONISTAS				
<i>Debe informar la estructura accionaria detallada hasta llegar al beneficiario final</i>				
Nombre completo	Cantidad de acciones	País de residencia/ constitución	Nacionalidad	Beneficiario final
<i>De ser necesario incluir estructura accionaria en una hoja anexa</i>				

Nombre y apellido del Firmante 1

C.I. / Pasaporte

Firma

Nombre y apellido del Firmante 2

C.I. / Pasaporte

Firma

**JUNTA DIRECTIVA / PRINCIPALES EJECUTIVOS**

Nombres y Apellidos	Cargo	Desde - Hasta	País de residencia	Nacionalidad

De ser necesario incluir estructura detallada en una hoja anexa

**COMPAÑÍAS RELACIONADAS**

Nombre completo	Relación	Ciudad	País

**PRINCIPALES CLIENTES Y PROVEEDORES**

Principales clientes		Principales proveedores	
Nombre completo	País	Nombre completo	País

**TRANSFERENCIAS**

Países de donde espera recibir transferencias		Países a donde espera enviar transferencias	

**INFORMACIÓN FINANCIERA**

Fecha del último cierre de ejercicio fiscal:

No. de empleados directos:

\_\_\_\_\_  
Nombre y apellido del Firmante 1

\_\_\_\_\_  
C.I. / Pasaporte

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre y apellido del Firmante 2

\_\_\_\_\_  
C.I. / Pasaporte

\_\_\_\_\_  
Firma

FIRMANTE 1						
Nombres:		Apellidos:		Tipo de ID <input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte	No. ID <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E	Fecha de nacimiento:
Pais de nacimiento:	Ciudad de nacimiento:	Nacionalidad:	Pais de residencia:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)	
Teléfonos y correo electrónico						
Teléfono:		Celular:		Correo electrónico:		
Dirección de Habitación						
Avenida/ Calle:	Nombre o N° del Edificio/ Casa:	Piso:	N° o Letra del Apto:	Urbanización / Sector / Barrio:	Vivienda: <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Alquilada <input type="checkbox"/> De un familiar Tiempo de residencia:	
Ciudad:	Municipio:	Estado:		Zona Postal:		
Datos Laborales						
Cargo desempeñado:		Fecha de ingreso:		Teléfono:		
Celular:		Fax:		Correo electrónico:		
Nombre de la última empresa: (sólo en caso que la empresa tenga menos de 1 año constituida o que el firmante tenga menos de 5 años en la empresa).			Actividad económica de la última empresa: (sólo en caso que la empresa tenga menos de 1 año constituida o que el firmante tenga menos de 5 años en la empresa).			
FIRMANTE 2						
Nombres:		Apellidos:		Tipo de ID <input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte	No. ID <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E	Fecha de nacimiento:
Pais de nacimiento:	Ciudad de nacimiento:	Nacionalidad:	Pais de residencia:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)	
Teléfonos y correo electrónico						
Teléfono:		Celular:		Correo electrónico:		
Dirección de Habitación <i>¿Posee la misma dirección que el firmante 1? Sí No (Si respondió "No" debe completar la siguiente sección)</i>						
Avenida/ Calle:	Nombre o N° del Edificio/ Casa:	Piso:	N° o Letra del Apto:	Urbanización / Sector / Barrio:	Vivienda: <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Alquilada <input type="checkbox"/> De un familiar Tiempo de residencia:	
Ciudad:	Municipio:	Estado:		Zona Postal:		
Datos Laborales						
Cargo desempeñado:		Fecha de ingreso:		Teléfono:		
Celular:		Fax:		Correo electrónico:		
Nombre de la última empresa: (sólo en caso que la empresa tenga menos de 1 año constituida o que el firmante tenga menos de 5 años en la empresa).			Actividad económica de la última empresa: (sólo en caso que la empresa tenga menos de 1 año constituida o que el firmante tenga menos de 5 años en la empresa).			

El/los firmante(s), por medio del presente declara(n) que como Representante del Cliente (Persona Jurídica), La(s) siguiente(s) persona(s) natural(es) es/son el(los último(s) beneficiario(s) de los activos a ser depositados.

Confirmamos que se ha cumplido, en todo lo posible, con la verificación de la identidad de/los arriba mencionado(s) beneficiario(s). Además, el/los firmante(s) declara(n) que informará(n) a la institución financiera sin demora sobre cualquier cambio concerniente con la identidad de dicho(s) beneficiario(s).

Fecha: \_\_\_\_\_ Firmante 1: \_\_\_\_\_ Firmante 2: \_\_\_\_\_

FIRMANTE 3						
Nombres:		Apellidos:		Tipo de ID <input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte	No. ID <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E	Fecha de nacimiento:
País de nacimiento:	Ciudad de nacimiento:	Nacionalidad:	País de residencia:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)	
Teléfonos y correo electrónico						
Teléfono:		Celular:		Correo electrónico:		
Dirección de Habitación ¿Posee la misma dirección que el firmante 1 ó 2 ? (De no ser así debe completar la siguiente sección)						
Avenida/ Calle:	Nombre o N° del Edificio/ Casa:	Piso:	N° o Letra del Apto:	Urbanización / Sector / Barrio:	Vivienda: <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Alquilada <input type="checkbox"/> De un familiar Tiempo de residencia:	
Ciudad:	Municipio:	Estado:		Zona Postal:		
Datos Laborales						
Cargo desempeñado:		Fecha de ingreso:		Teléfono:		
Celular:		Fax:		Correo electrónico:		
Nombre de la última empresa: (sólo en caso que la empresa tenga menos de 1 año constituida o que el firmante tenga menos de 5 años en la empresa).				Actividad económica de la última empresa: (sólo en caso que la empresa tenga menos de 1 año constituida o que el firmante tenga menos de 5 años en la empresa).		
FIRMANTE 4						
Nombres:		Apellidos:		Tipo de ID <input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte	No. ID <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E	Fecha de nacimiento:
País de nacimiento:	Ciudad de nacimiento:	Nacionalidad:	País de residencia:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)	
Teléfonos y correo electrónico						
Teléfono:		Celular:		Correo electrónico:		
Dirección de Habitación ¿Posee la misma dirección que el firmante 1 2 ó 3 ? (De no ser así debe completar la siguiente sección)						
Avenida/ Calle:	Nombre o N° del Edificio/ Casa:	Piso:	N° o Letra del Apto:	Urbanización / Sector / Barrio:	Vivienda: <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Alquilada <input type="checkbox"/> De un familiar Tiempo de residencia:	
Ciudad:	Municipio:	Estado:		Zona Postal:		
Datos Laborales						
Cargo desempeñado:		Fecha de ingreso:		Teléfono:		
Celular:		Fax:		Correo electrónico:		
Nombre de la última empresa: (sólo en caso que la empresa tenga menos de 1 año constituida o que el firmante tenga menos de 5 años en la empresa).				Actividad económica de la última empresa: (sólo en caso que la empresa tenga menos de 1 año constituida o que el firmante tenga menos de 5 años en la empresa).		

El/los firmante(s), por medio del presente declara(n) que como Representante del Cliente (Persona Jurídica), La(s) siguiente(s) persona(s) natural(es) es/son el(los) último(s) beneficiario(s) de los activos a ser depositados.

Confirmamos que se ha cumplido, en todo lo posible, con la verificación de la identidad de/los arriba mencionado(s) beneficiario(s). Además, el/los firmante(s) declara(n) que informará(n) a la institución financiera sin demora sobre cualquier cambio concerniente con la identidad de dicho(s) beneficiario(s).

Fecha: \_\_\_\_\_ Firmante 3: \_\_\_\_\_ Firmante 4: \_\_\_\_\_