



FORMULARIO DENUNCIA DE LAVADO DE ACTIVOS/AUDITORÍA

La corporación Triple-S Management está firmemente comprometida con el cumplimiento de todas las leyes anti-fraude y de lavado de dinero, locales e internacionales que le competen.

Si usted tiene conocimiento de algún fraude, acto irregular o intento de los mismos, en perjuicio de Triple-S Blue Inc.- BlueCross BlueShield Costa Rica, ponemos a su disposición este medio de denuncia.

Datos Generales				
1. Nombre del Denunciante o Asegurado:				
Nombre:		1er apellido:		2º apellido:
2. Número y tipo de póliza (En caso de ser asegurado)		Nº póliza :		Tipo póliza :
3. Dirección del asegurado → (Cantón, distrito, puntos cardinales y señales específicas)				
4. N° de Teléfono:		5. Dirección Electrónica:		
6. N° de identificación del denunciante ↓		Tipo de documento de identidad (Por favor marcar el tipo con una "x")		
		<input type="checkbox"/> Cédula de identidad	<input type="checkbox"/> Cédula de residencia	<input type="checkbox"/> Pasaporte
				<input type="checkbox"/> Otro
7. Dirección/Medio para recibir notificaciones: <input type="checkbox"/> Residencia <input type="checkbox"/> Apartado postal N° <input type="checkbox"/> Dirección Electrónica				
8. Indique el motivo de la denuncia:				
9. Describa detalladamente los hechos o motivos de la denuncia: (Si requiere más espacio puede anexar documentos)				
10. Indique si ha presentado anteriormente algún requerimiento a la Aseguradora sobre este mismo caso: (Si es así, señale a cuál persona o área, en qué fecha, por qué medio y si obtuvo o no respuesta):				
11. Cite los documentos que adjunta:				
12. Firma				
_____ FIRMA N° de Identificación:				