



# FICHA DE ACTUALIZACIÓN DE MEMBRESÍA

Por favor complete todos los campos. El formulario incompleto no será procesado.

Ver: HQIT 004

Nombre del solicitante (en campo de letras)

Código


--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Información de membresía**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Documento de Identidad: \_\_\_\_\_ (DD/MM/YY)

**Información de contacto \***

NIT : \_\_\_\_\_ (DE CONTAR CON NIT)  
 Dirección : \_\_\_\_\_  
 Código postal: \_\_\_\_\_ Ciudad : \_\_\_\_\_ Departamento : \_\_\_\_\_  
 País : \_\_\_\_\_ Correo Electrónico : \_\_\_\_\_  
 Teléfono : \_\_\_\_\_ Celular : \_\_\_\_\_  
 Motivo del cambio de dirección: \_\_\_\_\_

**\* NOTAS IMPORTANTES:**

- En el caso de que un distribuidor solicite cambiar su País y Dirección, (i) el distribuidor debe presentar una copia del permiso de residencia / permiso de trabajo válido; (ii) dicho distribuidor deberá reclamar su bono en el país donde se generó.
- La aprobación previa debe obtenerse del Director de Marketing Internacional / Director de Marketing / Presidente Regional del país existente para el cambio de dirección a otro país.

**Esposo (a)**

Nombre: \_\_\_\_\_ Documento de Identidad: \_\_\_\_\_  
 \* Adjuntar partida de matrimonio

**Beneficiario**

Nombre: \_\_\_\_\_ Documento de Identidad: \_\_\_\_\_  
 Parentesco: \_\_\_\_\_

**Cuenta bancaria**

Titular de la cuenta: \_\_\_\_\_ Número de cuenta : \_\_\_\_\_  
 Banco : \_\_\_\_\_  
 Cuenta de detracción: \_\_\_\_\_

**Otros (especificar)**

- Por la presente, me comprometo a que he obtenido el permiso de residencia o permiso de trabajo válido de la autoridad pertinente del país a donde me gustaría cambiar mi dirección. La copia del permiso de residencia o permiso de trabajo se adjunta aquí.
- Por la presente, solicito que mis datos personales retenidos por DXN puedan ser modificados, modificados y / o eliminados como se indica en este formulario.
- Por la presente, confirmo que los datos personales proporcionados en la parte superior son verdaderos y correctos.
- Por la presente, doy mi consentimiento y autorizo totalmente a DXN para que maneje y procese mis datos personales divulgados por mí o que esté disponible en DXN de acuerdo con la Política de Privacidad de DXN.
- Acepto y reconozco de manera irrevocable que DXN tiene el derecho absoluto de transferir/revertir la petición/pago de bonos y/o comisiones devueltas al país de origen que DXN considere apropiado sin previo aviso o razón.

Firma del solicitante : \_\_\_\_\_ Fecha : \_\_\_\_\_

Endorsed by : \_\_\_\_\_ Checked/updated by : \_\_\_\_\_  
 Name : \_\_\_\_\_ Officer's Name : \_\_\_\_\_  
 Position : \_\_\_\_\_ Position : \_\_\_\_\_  
 Date : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**\* ADJUNTAR COPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD (titular del código, esposo (a) y/o beneficiario)**