

Aseguradora ABANK

Aseguradora ABANK, S.A., Seguros de Personas

FICHA INTEGRAL "CONOCE A TU CLIENTE" / DECLARACIÓN JURADA

Favor no dejar espacios en blanco, en casos en que no aplique indicar "N/A"

Tipo de persona	Natural <input type="checkbox"/>	Jurídico <input type="checkbox"/>	Póliza	Nueva <input type="checkbox"/>	Renovación <input type="checkbox"/>
Canal de vinculación:	Directo <input type="checkbox"/>	Intermediario indep. <input type="checkbox"/>	Producto	Vida <input type="checkbox"/>	Deuda <input type="checkbox"/>
	Corredor <input type="checkbox"/>	Masivo <input type="checkbox"/>		Médico hosp. <input type="checkbox"/>	Accidentes pers. <input type="checkbox"/>

INFORMACIÓN PERSONA NATURAL Y/O REPRESENTANTE LEGAL

Nombre completo:			Nacionalidad:		
Estado familiar:		Nombre del cónyuge:			
DUI:	NIT:	Pasaporte No.		Otro:	
País de nacimiento:		Lugar y fecha de nacimiento:			
Lugar y fecha de expedición de documento de identificación:					
Dirección residencia:					
Municipio:		Departamento:		Teléfono residencia:	
				Celular:	
Empleado <input type="checkbox"/> Comerciante <input type="checkbox"/> Profesional Independiente <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especifique:					
Lugar de trabajo (empleado):			Cargo desempeñado:		
Dirección lugar de trabajo/comercio/ejerce profesión:					
Municipio:		Departamento:		Teléfono lugar de trabajo:	
				Celular:	
Correo electrónico:			Salario:		
Exclusivo para Comerciantes y Profesionales		Registro fiscal:		Giro:	

INFORMACIÓN DE PERSONA JURÍDICA

Denominación / Razón Social:					
Nombre comercial (marca):				Nacionalidad:	
Giro:		Registro fiscal No:		NIT:	
Actividad económica:					
Dirección:					
Municipio:		Departamento:		País:	
Correo electrónico de la empresa:			Fax:		Tel:
Nombre del contacto principal:			Cargo:		Correo electrónico:
Su actividad económica ha sido catalogada como APNFD (Actividades y Profesiones No Financieras Designadas): Casinos, casas de juego, comercializadora de metales y piedras preciosas, empresas e intermediarios de bienes y raíces, proveedores de servicios societarios y Fideicomisos. Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					

INFORMACIÓN DE ACCIONISTAS CON PARTICIPACIÓN IGUAL O MAYOR AL 10% / DETALLE DE SOCIOS FUNDADORES/ ONG* (En caso que el accionista sea persona jurídica, se debe completar formulario "Beneficiario Final")

Nombre completo	Porcentaje	Tipo de documento y número	País de residencia

JUNTA DIRECTIVA U ÓRGANO EQUIVALENTE

Nombre completo	Posición/cargo	Tipo de documento y número	País de residencia

INFORMACIÓN GENERAL DE PERSONA JURIDICA Y NATURAL

Principales clientes

Nombre	Dirección	Teléfono

Principales proveedores

Nombre	Dirección	Teléfono

PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE: Son aquellos que desempeñan o han desempeñado funciones públicas en El Salvador y están establecidos en los artículos 236 y 239 de la Constitución y literales a), b) y c) del artículo 2 de la Convención de las Naciones Unidas Contra la Corrupción. (aplica para funcionarios públicos extranjeros)

¿Desempeña o ha desempeñado algún cargo Público Importante? Sí No

Cargo Público desempeñado: _____ Período en que fungió como funcionario público: Del _____ al _____

¿Tiene algún familiar en primer o segundo grado de consanguinidad o afinidad, cónyuge, compañeros de vida o asociados cercanos que desempeña o ha desempeñado un cargo como PEP? Sí No

Período en que fungió como funcionario público: Del _____ al _____

Parentesco: _____ Cargo: _____ Nombre del pariente: _____

¿Tiene Accionista que posea el 10% o más del capital accionario que desempeñe o haya desempeñado un cargo público? Sí No

En caso de haber alguna respuesta positiva completar "Formulario PEP"

DECLARACIÓN JURADA

Forma y frecuencia de pago de la prima: _____ Se proyecta realizar pago anticipado Sí No

Estimación de ingresos proyectados mensualmente: _____ Origen de fondos: _____

Yo _____ con número de identificación: _____ actuando en nombre y representación de la entidad denominada _____

DECLARO BAJO JURAMENTO: los fondos con los que realizaré el pago de póliza o pago de cualquier obligación contractual con Aseguradora ABANK, S.A., Seguros de Personas, tienen orígenes lícitos; que de ninguna manera están relacionados con los delitos contemplados en la Ley contra el Lavado de Dinero y de Activos; Ley Especial contra Actos del Terrorismo.

En caso sea requerida por Aseguradora ABANK, S.A., Seguros de Personas, me comprometo a presentar la documentación que compruebe el origen o destino de los fondos, asimismo, declaro que la información anterior es fidedigna y que me ha sido solicitada, en cumplimiento a lo dispuesto en el Instructivo de la Unidad de Investigación Financiera para la Prevención del Lavado de Dinero y de Activos de la Fiscalía General de la República. De la misma forma, autorizo a Aseguradora ABANK, S.A., Seguros de Personas a que realice las verificaciones que estime convenientes, comprometiéndome a informar de cualquier cambio de los datos antes indicados, comunicando de manera inmediata cualquier cambio en la misma.

Lugar y fecha

Nombre y Firma del Asegurado/Contratante/Pagador - Representante Legal y Sello

EXCLUSIVO PARA USO DE ASEGURADORA

Intermediario / Gerente de negocio, es responsable de asegurarse del completo llenado del formato, y de que hasta donde tiene conocimiento, la información contenida en el presente es exacta.

¿Se realizó visita al cliente? Sí No

Comentarios:

¿Verifiqué el nombre e identificación del cliente en la lista de cautela? Sí No

Comentarios sobre verificación de información:

Nombre y Firma persona que atendió (Ejecutivo o Intermediario)

USO EXCLUSIVO PARA DIRECCIÓN COMERCIAL

Lugar y fecha

Nombre y firma Gerente Comercial