

# Aseguradora ABANK

Aseguradora ABANK, S.A., Seguros de Personas

## FICHA INTEGRAL PARA CONTRAPARTE / DECLARACIÓN JURADA

Favor no dejar espacios en blanco, en casos en que no aplique indicarse: N/A

<b>Persona:</b>	Natural <input type="checkbox"/>	Jurídica <input type="checkbox"/>		
<b>Contraparte:</b>	Proveedor <input type="checkbox"/>	Reasegurador <input type="checkbox"/>	Empleado <input type="checkbox"/>	Otro, especifique:
	Intermediario <input type="checkbox"/>	Accionista <input type="checkbox"/>	Comer. Masivo _____	

### 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:				
Distrito:		Municipio:	Tel. 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:				
Distrito:		Municipio:	Tel. lugar de trabajo:	Celular:
Correo electrónico:			Salario:	
Exclusivo para Comerciantes y Profesionales		Registro fiscal:	Giro:	

### INFORMACIÓN DE PERSONA JURÍDICA

Denominación / Razón Social:				
Nombre comercial:			Nacionalidad:	
Giro:		Registro fiscal No:	NIT:	
Actividad económica:				
Dirección:				
Distrito:		Municipio:	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

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

Parentesco: \_\_\_\_\_ 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**

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

DECLARO BAJO JURAMENTO: que el origen de mis fondos son lícitos, siendo la procedencia de estos \_\_\_\_\_ 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 de la Contraparte y Sello

**USO EXCLUSIVO DE ASEGURADORA ABANK**

\_\_\_\_\_  
Lugar y fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del funcionario de Aseguradora ABANK, responsable de la contraparte