

Cliente Nuevo Cliente Existente
 Asegurado Afianzado Codeudor Tomador Pagador Otro:

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombres:		Primer Apellido:	
Segundo Apellido:		Apellido de Casada:	
Sexo: <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F			
País y Fecha de Nacimiento:			
Tipo de Documento de Identidad: <input type="radio"/> DUI, <input type="radio"/> Pasaporte, <input type="radio"/> Carné de Residente			
Número de Doc. de Identidad:		Fecha de Vencimiento:	
Lugar y Fecha de Expedición:		NIT:	
Estado Civil:		Nombre de Cónyuge:	
Dirección de Residencia:			
Distrito:		Municipio:	Departamento:
País de Residencia:		Nacionalidad:	
Teléfono Residencial:		Celular:	E-mail:
Actividad Económica a la que se dedica: <input type="checkbox"/> Empleado, <input type="checkbox"/> Comerciante/Negocio Propio, <input type="checkbox"/> Profesional Independiente, (Marque todas las que apliquen) <input type="checkbox"/> Pensionado, <input type="checkbox"/> Ama de Casa, <input type="checkbox"/> Estudiante u <input type="checkbox"/> Otro: _____			
Origen de Fondos: (Marque todas las que apliquen) <input type="checkbox"/> Salario, <input type="checkbox"/> Comisiones, <input type="checkbox"/> Pensión, <input type="checkbox"/> Honorarios, <input type="checkbox"/> Dividendos, <input type="checkbox"/> Ingresos del Negocio, <input type="checkbox"/> Inversiones, <input type="checkbox"/> Ayuda Familiar, <input type="checkbox"/> Remesas, <input type="checkbox"/> Alquileres, <input type="checkbox"/> Venta de Activo u <input type="checkbox"/> Otro: _____			
Ingresos mensuales: <input type="radio"/> De \$1.00 a \$800.00 <input type="radio"/> De \$800.01 a \$2,000.00 <input type="radio"/> \$2,000.01 a \$4,500.00 <input type="radio"/> De \$4,500.01 a \$6,000.00 <input type="radio"/> De 6,000.01 a \$10,000.00 <input type="radio"/> Más de \$10,000.01			

INFORMACIÓN DE EMPLEO

Nombre de Empresa:		Cargo:	
Dirección de Empresa:		Teléfono Laboral:	

INFORMACIÓN DE COMERCIANTES O PROFESIONALES INDEPENDIENTES

Describa su Actividad Económica:			
¿Es su actividad económica clasificada como APNFD? (Según establece el art. 77 del Instructivo de la UIF) ¹ <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No			
Número de Registro de Contribuyente:		Teléfono Laboral:	
Dirección de Negocio u Oficina:			
Principales Clientes:	Nombre:		Teléfono:
Principales Proveedores:	Nombre:		Teléfono:

¹Casinos, agentes inmobiliarios, comerciantes de metales y piedra preciosas, abogados, notarios, contadores, auditor externo, compra y venta de inmuebles, administración del dinero, valores u otros activos, administración de las cuentas bancarias, de ahorros o valores, organización de contribuciones para la creación, operación o administración de empresas, y creación, operación o administración de personas jurídicas.

TRANSACCIONALIDAD DECLARADA

Forma de Pago: Anual Mensual Trimestral
 Semestral

Medio de Pago: Efectivo Cheque Transferencias
(Marque todas las que apliquen) Depósitos Bancario Tarjeta de Crédito

Pagos Anticipados: No haré, Si haré, Número de Pagos: _____ Monto: _____

PREGUNTAS REGULATORIAS

¿Es o ha sido PEP² en los últimos 5 años? No Sí: En caso afirmativo *completar formulario de PEPs*

¿Es pariente o relacionado comercialmente a alguien que esté fungiendo actualmente o que fungió como PEP² en los últimos 5 años? No Sí: En caso afirmativo *completar formulario de PEPs*

DECLARACIÓN JURADA

Yo _____ con documento de identidad número _____ actuando en mi carácter personal DECLARO BAJO JURAMENTO: que los fondos que manejaré a través de las transacciones con PROTEGE SEGUROS, S. A. tienen y tendrán un origen y destino lícito y no están o estarán relacionados con los delitos generadores de lavado de dinero establecidos en la Ley contra el Lavado de Dinero y de Activos, Ley Especial contra Actos de Terrorismo y otras leyes afines, que los servicios que adquiriré de PROTEGE SEGUROS, S.A. no serán utilizados para fines ilícitos y que la información y datos proporcionados a la Aseguradora en esta Ficha Integral son fidedignos, por lo cual eximo a ésta de toda responsabilidad en el caso que la información resultare falsa, errónea o inexacta. En caso fuese necesario me comprometo a actualizar o presentar la documentación que compruebe el origen o destino de los fondos, cuando la Aseguradora lo solicite para cumplir con las disposiciones internas y legales vigentes.

Lugar y fecha:

Firma del Cliente:

PARA USO INTERNO

DOCUMENTOS QUE DEBEN ADJUNTARSE

DUI (Del asegurado, contratante y/o pagador)
 NIT (Del asegurado y/o pagador)
 Tarjeta de Registro Fiscal de IVA (Si aplica)
 Comprobante de Domicilio tales como: recibo de luz, agua, teléfono, con vigencia de 6 meses de antigüedad. (A solicitud)

Pasaporte vigente o Carné de Residencia, (si es extranjera)
 Matrícula de Comercio vigente o en su defecto la constancia del pago de los derechos correspondientes (Comerciantes Individuales)
 Fotocopia de Poder (En caso de actuar como apoderado).

Nombre y firma de la persona de la Aseguradora responsable de la revisión:

Nombre, No. de autorización de la SSF y firma del Intermediario: *(Si la vinculación fue mediante intermediario)*

F.

F.

Lugar y fecha:

Lugar y fecha:

²El Presidente, Vicepresidente de la República, designado a la presidencia, diputado, Ministros, Viceministro de Estado, Secretario, Gobernador Departamental, Magistrado de la Corte Suprema de Justicia, de las Cámaras de Segunda Instancia, Juez de Primera Instancia o de Paz, alcalde o miembro de un Concejo Municipal, Magistrado de la Corte de Cuentas, Fiscal General, Procurador General, Procurador para la Defensa de los Derechos Humanos, jefe de Estado, políticos de alto nivel, funcionarios públicos extranjero, judicial o de organismo internacionales de alto nivel, militar de alto rango, ejecutivo de alto nivel de corporaciones estatales, funcionario de alto nivel de partido políticos, embajador o cónsul o, persona a quien se les han confiado funciones prominentes por una organización internacional.