

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE PERSONA NATURAL



Código del Cliente

Fecha de Completación		
Día	Mes	Año

I. DATOS DEL ASEGURADO (Nota: En caso de que alguna de las consultas no aplique, favor escribir "N/A")

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Lugar de Nacimiento	Fecha de Nacimiento	Género M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Estado Civil S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> UL <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>
Número de R.T.N. (anexar fotocopia)	Número de Identificación (anexar fotocopia)	Tipo de Identificación Tarjeta de Identidad <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Carné de Residente <input type="checkbox"/>	
Nacionalidad(es):			
¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otro país o grupo de países? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Indique en cual(es): _____			
Dirección Completa de Residencia:			
País	Departamento	Municipio	
Colonia	Calle	Bloque	
Número de Teléfono Fijo	Número de Teléfono Móvil	Correo Electrónico	
Actividad Principal: Asalariado <input type="checkbox"/> Comerciante <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Rentista <input type="checkbox"/> Ama de Casa <input type="checkbox"/> Accionista <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> _____			
Profesión, Ocupación, Oficio o Actividad Económica	Nombre de la Empresa o negocio donde labora	Cargo Desempeñado	Tiempo de Laborar
Origen de los recursos: Industrial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Construcción <input type="checkbox"/> Agrícola <input type="checkbox"/> Organizaciones sin fines de lucro <input type="checkbox"/> Servicios Financieros <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> _____			
Nivel de Ingresos Mensuales: L. 0.01 - L. 30,000.00 <input type="checkbox"/> L. 30,000.01 - L. 60,000.00 <input type="checkbox"/> L. 60,000.01 - L. 100,000.00 <input type="checkbox"/> L. 100,000.01 - L. 200,000.00 <input type="checkbox"/> L. 200,000.01 - L. 500,000.00 <input type="checkbox"/> L. 500,000.01 en adelante <input type="checkbox"/>			
¿Es usted una persona expuesta políticamente- PEP (ver definición de "PEP" en el pie de la página) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Descripción:	
Dirección Completa del Empleador:			
País	Departamento	Municipio	
Colonia	Calle	Bloque	
Número de Teléfono Fijo	Sitio Web	Correo Electrónico	

PEP (Persona Expuesta Políticamente): Aquellas que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas en el país o en un país extranjero, los nacionales o extranjeros a quienes una organización internacional les ha confiado una función destacada dentro o fuera del país, y que por su capacidad de influencia en las decisiones estatales, sus relaciones de negocio con personas o sociedades, o sobre procesos públicos de cualquier naturaleza, puedan usar su influencia para su propio beneficio o de un tercero.

Nombre del Cónyuge (si aplica):			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Nombre completo e identidad de la persona de quien depende económicamente (si aplica):

Número de Identificación	Tipo de Identificación		
	Tarjeta de Identidad <input type="checkbox"/>	Pasaporte <input type="checkbox"/>	Carné de Residente <input type="checkbox"/>
Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	

DECLARACION DE ORIGEN DE FONDOS (FAVOR COMPLETAR)

Declaro expresamente que:

1. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Hondureño.
2. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me comprometo a actualizarla anualmente.
3. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
4. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio).

AUTORIZACION DE TRATAMIENTO DE DATOS

Para que cualquier información incluida en este documento o derivada del contrato de seguros en caso que suscriba con Seguros Atlántida, S.A., sea compilada, almacenada, consultada, usada, procesada, para las siguientes finalidades durante la relación contractual:

1. i) para mi vinculación como Contratante/Asegurado y/o Beneficiario; para el control, reporte y prevención del fraude ii) para el análisis, liquidación y pago de siniestros iii) para la gestión integral de los contratos de seguro celebrados iv) para la gestión de ambientes de Tecnología y para garantizar la seguridad de estos v) para la elaboración de los estudios técnico actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias de mercado y estudios de técnica aseguradora vi) para monitorear y medir el cumplimiento de las políticas de Seguros Atlántida, S.A. vii) para compartir la Información con las personas que actúen en nombre de Seguros Atlántida, S.A. tales como asesores y consultores; a mi(s) intermediario(s) de seguros; a los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con Seguros Atlántida, S.A., tales como: ajustadores de seguros, investigadores, compañías de asistencia y abogados externos; 2. Para realizar encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por La Compañía; 3. Para el envío de información comercial y ofertas / cotizaciones relacionadas con los contratos de seguro celebrados; y para ofrecerme otros productos y servicios de Seguros Atlántida, S.A.

"Como consecuencia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento"

Firma del Cliente o Representante Legal

Huella Dactilar

II. DOCUMENTOS REQUERIDOS

ES NECESARIO ADJUNTAR FOTOCOPIA DE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:

1. Fotocopia de la Respectiva Identificación, ya sea tarjeta de identidad, pasaporte, carné de residente, según corresponda.
2. Fotocopia del Registro Tributario Nacional (R.T.N.).
3. Fotocopia de la declaración de comerciante individual, en caso de que aplique.
4. Inscripción en el registro mercantil y la identificación de las personas autorizadas para contratar en nombre de la empresa, en caso de que aplique.

III. PARA USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑÍA

INFORMACION DE ENTREVISTA		
Lugar de la Entrevista	Fecha de la Entrevista	Resultado
		Aprobado <input type="checkbox"/> Rechazado <input type="checkbox"/>
Observaciones:		
Nombre del Intermediario:		Nombre del Asesor Responsable:
FIRMA DEL INTERMEDIARIO		FIRMA DEL ASESOR RESPONSABLE