

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE PERSONA JURÍDICA



Código del Cliente	
--------------------	--

Fecha de Completación		
Día	Mes	Año

I. INFORMACIÓN DE LA PERSONA JURÍDICA CONTRATANTE (Nota: En caso de que alguna de las consultas no aplique favor escribir "N/A")

Razón o Denominación Social		Nombre Comercial		Número de R.T.N.	
Dirección Completa de la Oficina Principal:					
País		Departamento		Municipio	
Colonia		Calle		Bloque	
Número de Teléfono Fijo		Número de Fax		Correo Electrónico	
Tipo de Empresa: Privado <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Sociedad Extranjera <input type="checkbox"/> Organizaciones sin fines de lucro <input type="checkbox"/>					
Otra: <input type="checkbox"/> ¿Cual? _____					
Giro o Actividad Económica del Negocio: Industrial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Construcción <input type="checkbox"/> Agrícola <input type="checkbox"/>					
APNFD <input type="checkbox"/> Organizaciones sin fines de lucro <input type="checkbox"/> Servicios Financieros <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> ¿Cual? _____					
Ingresos Mensuales L.	Egresos Mensuales L.	Otros Ingresos L.	Activos L.	Pasivos L.	
Concepto de otros ingresos mensuales:					
Departamentos y/o países donde opera:					
Inscripción en el Registro Mercantil (Anexar copia de Escritura Social, Personería Jurídica o Estatutos y sus reformas)					
Número de Inscripción		País de Constitución		Fecha de Constitución	
¿Forma parte de un grupo financiero o económico? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Especificar: _____					
Favor enumerar dos referencias bancarias o comerciales					
Nombre Completo:			Tel.:	Relación:	
Nombre Completo:			Tel.:	Relación:	
Listado de mínimo dos (2) Proveedores Principales					

II. INFORMACION DE LOS ADMINISTRADORES DE LA PERSONA JURIDICA (Nota: En caso de que alguna de las consultas no aplique, favor escribir "N/A")

¿Alguno de los administradores (representantes legales o miembros de la Junta Directiva) es una Persona Expuesta Políticamente (ver definición de "PEP" en el siguiente pie de página) SI NO Si su respuesta es afirmativa, complete.

Nombre	# de Identidad	Empresa	Cargo	Fecha de Ingreso	Fecha de desvinculación

Identificación de los accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente más del 5% de Capital Social, aporte o participación

Número de Identificación	Nombre o razón social	% de participación	Es persona PEP, o vinculada con una de ellas (aplica únicamente para personas naturales)	Está obligado a declaración tributaria en otro país o grupo de países (indique cual)
			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____
			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____
			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____
			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____
			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____

III. INFORMACION DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA PERSONA JURIDICA (Nota: En caso de que alguna de las consultas no aplique, favor escribir "NA")

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"/>
Nacionalidad	Número de Identificación (anexar fotocopia)	Tipo de Identificación Tarjeta de Identidad <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Carné de Residente <input type="checkbox"/>	
¿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	

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).

AUTORIZACIÓN 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"

Huella Dactilar

Firma del Cliente o Representante Legal

IV. DOCUMENTOS REQUERIDOS

ES NECESARIO ADJUNTAR FOTOCOPIA DE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:

1. Fotocopia del Registro Tributario Nacional (R.T.N.)
2. Fotocopia de la escritura social, personería jurídica o estatutos y reformas debidamente inscritas y número de registro.
3. Tarjeta de identidad y R.T.N del Representante Legal.
4. Fotocopia del Poder de administración del Representante Legal.
5. Listado de Miembros del Consejo de Administración o Junta Directiva.

ADICIONALMENTE, SE REQUIERE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PARA LAS SIGUIENTES TIPOS DE EMPRESAS:

1. AGENCIAS DE COOPERACIÓN

- Fotocopia Acuerdo de cooperación entre ambos países.

2. COOPERATIVAS

- Fotocopia de la Certificación aprobada por el Consejo Nacional Superior de Cooperativas.

3. INSTITUCIONES GUBERNAMENTALES

- Fotocopia del Decreto de Creación

4. INSTITUCIONES SUPERVISADAS POR LA CNBS

- Fotocopia de Comunicación del funcionario de cumplimiento nombrado
- Fotocopia de remisión del programa de cumplimiento a la UIF

5. ORGANIZACIONES SIN FINES DE LUCRO

- Fotocopia de la personería jurídica o estatutos legalmente autorizados

6. ACTIVIDADES Y PROFESIONES NO FINANCIERAS DESIGNADAS (APNFD)

CUANDO SE SUSCRIBAN PÓLIZAS A FAVOR DE SOCIEDADES CONSTITUIDAS EN EL EXTRANJERO, DOMICILIADAS EN EL PAÍS, ESTAS DEBERÁN PRESENTAR ADEMÁS LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:

1. Fotocopia de la Autorización concedida por la Secretaría de Estado en los despachos de Industria y Comercio
2. Fotocopia de la respectiva inscripción en el Registro Mercantil

V. 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