

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

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.

