

ASEGURADORA VIVIR, S.A. SEGUROS DE PERSONAS
FICHA INTEGRAL "CONOCE A TU CLIENTE" / DECLARACION JURADA



| | | | | | |
|------------------------------|-----------------------------------|---|------------------|---------------------------------------|---|
| Tipo de Persona: | Natural <input type="checkbox"/> | Jurídico <input type="checkbox"/> | Póliza: | Nueva <input type="checkbox"/> | Renovación <input type="checkbox"/> |
| Canal de Vinculación: | Directo <input type="checkbox"/> | Intermediario Indep. <input type="checkbox"/> | Producto: | Vida <input type="checkbox"/> | Deuda <input type="checkbox"/> |
| | Corredor <input type="checkbox"/> | Masivo <input type="checkbox"/> | | Medico Hosp. <input type="checkbox"/> | Accidentes Pers. <input type="checkbox"/> |

INFORMACIÓN PERSONA NATURAL Y/O REPRESENTANTE LEGAL

| | | | |
|---|--------------------------------------|--|-------------------------------|
| Nombre: | | Nacionalidad: | |
| Estado Familiar: | | Nombre de 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 : | | | |
| Municipio: | Departamento: | Teléfono residencia: | Celular: |
| Empleado <input type="checkbox"/> | Comerciante <input type="checkbox"/> | Profesional Independiente <input type="checkbox"/> | Otro <input type="checkbox"/> |
| Lugar de Trabajo (empleado): | | Cargo desempeñado: | |
| Dirección lugar de trabajo/comercio/ejerce profesión: | | | |
| Municipio: | Departamento: | Teléfono lugar de trabajo: | Celular: |
| Correo Electrónico: | | | |
| Exclusivo para Comerciantes y Profesionales | | Registro Fiscal: | Giro: |

INFORMACIÓN DE PERSONA JURIDICA

| | | | |
|---|----------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Denominación / Razón Social: | | | |
| Nombre Comercial (marca): | | Nacionalidad: | |
| Giro : | Registro Fiscal No.: | NIT: | |
| Actividad Económica: | | | |
| Dirección: | | | |
| Municipio | Departamento: | 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 Profesionales No Financieras Designadas): (Casinos, casa de juego, comercializadores de materiales y piedras preciosas, empresas de intermediación de bienes y raíces, etc.) | | | |
| | | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

INFORMACIÓN DE ACCIONISTAS CON MÁS DEL 10% DE PARTICIPACIÓN / DONADORES 5% DE APORTACION *
 (Completar en caso de Asociaciones o entidades sin fines de lucro)

| Nombre Completo | Porcentaje | Tipo de Documento y Numero | Pais de Residencia |
|-----------------|------------|----------------------------|--------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

JUNTA DIRECTIVA U ORGANO EQUIVALENTE

| Nombre Completo | Posición/Cargo | Tipor de Documento y Numero | Pais de Residencia |
|-----------------|----------------|-----------------------------|--------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

INFORMACIÓN GENERAL DE PERSONA JURIDICA Y NATURAL (SI APLICA)

| | | |
|--------------------------------|-----------|----------|
| Principales Clientes | | |
| Nombre | Dirección | Teléfono |
| | | |
| | | |
| Principales Proveedores | | |
| Nombre | Dirección | Teléfono |
| | | |
| | | |

PERSONA RELACIONADA A UNA PERSONA EXPUESTA POLITICAMENTE (PEP'S)

¿Ha desempeñado algún cargo como Persona Expuesta Politicamente? Si No

¿Tiene algún familiar en primer o segundo grado de consanguinidad que desempeña o ha desempeñado un cargo como PEP'S? Si No

El Representante Legal, desempeña o ha desempeñado algún cargo como Persona Expuesta Politicamente? Si No

Tiene un Miembro de Junta Directiva, o accionista, que desempeñe o haya cargo como Persona Politicamente; que posea el 25% o más del capital accionario o participación en el patrimonio? Si No

En caso que la respuesta sea positiva cualquiera de las dos preguntas, completar "Formulario PEP"

Es considerado PEP'S hasta cinco años después de haber dejado el cargo

DECLARACIÓN JURADA

| | | | | | |
|--|-----------------------|--------------------------------------|---------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Forma y frecuencia de pago de la prima: | | Se proyecta realizar pago anticipado | | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Estimación de ingresos proyectados mensualmente (marcar rango) | \$1.00 - \$500.00 | \$1,001.00 - \$5,000.00 | \$10,001.00 - \$25,000.00 | \$50,001.00 - \$100,000.00 | |
| | \$501.00 - \$1,000.00 | \$5,001.00 - \$10,000.00 | \$25,001.00 - 50,000.00 | \$100,001.00 - más | |

Yo _____, en mi calidad de (representante legal, apoderado)

de _____ (nombre de la entidad, detallarlo si es persona jurídica), declaro bajo juramento, por derecho propio, que someto todos los actos que realice a través de cualquier operación que implique, entrega o transferencia de fondos de cualquier tipo, en concepto de pago de primas, pago de préstamos o adquisición de bienes (salvamentos, recuperaciones o activos extraordinarios) bajo cualquier modalidad con **ASEGURADORA VIVIR, S.A., SEGUROS DE PERSONAS** de ninguna manera están relacionados con los delitos generadores de Lavado de Dinero y Activos descritos en el artículo 6 de la ley contra el lavado de Dinero y Activos.

a) En cumplimiento al Instructivo de la Unidad de Investigación Financiera para la Prevención del Lavado de Dinero y Activos en las Instituciones de Intermediación Financiera, detallamos (detallo) la información que hemos (he) suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y nos obligamos (me obligo) a actualizarla mientras mantengamos (mantenga) una relación contractual con **Aseguradora Vivir, S.A. Seguros de Personas, y autorizo para que pueda ser comprobada en cualquier momento.**

b) Eximo a **Aseguradora Vivir, S.A. Seguros de Personas, de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que nosotros (yo) hubiéramos (hubiere) proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.**

Lugar y Fecha

Nombre y Firma del Asegurado/ Contratante/ Representante Legal y Sello

EXCLUSIVO PARA EJECUTIVO O INTERMEDIARIO

Intermediario / Gerente de negocio, es responsable de asegurarse del completo llenado del formato, y de que hasta donde tiene conocimiento, la información contenida en el presente es exacta.

Se realizó visita al Cliente : SI NO Comentarios:

Comentarios sobre verificación de información:

Nombre y Firma persona que Atendió (Ejecutivo o Intermediario)

USO EXCLUSIVO PARA DIRECCION COMERCIAL

Lugar y Fecha

Nombre y Firma Gerente de Comercial

USO EXCLUSIVO PARA DIRECCION GENERAL

LA SIGUIENTE FIRMA ES REQUERIDA CUANDO SE HAYA IDENTIFICADO UN PEP (SI LA PERSONA ES PEP O LA EMPRESA ES CONTROLADA POR UN PEP) Y/O PARA APROBAR UNA RELACION CON UN CLIENTE QUE SE HAYA IDENTIFICADO INFORMACION ADVERSA.

Lugar y Fecha

Nombre y Firma Director General

USO EXCLUSIVO PARA GERENCIA DE CUMPLIMIENTO

LA SIGUIENTE FIRMA DE VISTO BUENO ES REQUERIDA CUANDO SE HAYA IDENTIFICADO UN PEP (SI LA PERSONA ES PEP O LA EMPRESA ES CONTROLADA POR UN PEP) Y/O SE HAYA IDENTIFICADO QUE EL GIRO DE LA EMPRESA ES FINANCIERO / FINANCIERO NO SUPERVIDADADO, INFORMACIÓN ADVERSA O CLIENTE ALTO RIESGO

Lugar y Fecha

Nombre y Firma Gerente de Cumplimiento

Decreto Ejecutivo No. 2, vigencia 08 de febrero de 2000, artículo 11 del "Reglamento de la Ley Contra el Lavado de Dinero y Activos".

Tómese este documento como parte de la Política Conoce a tu Cliente, en cumplimiento al Acuerdo No. 85 de la Fiscalía General de La República, vigencia 1 de julio de 2013 "Instructivo de la Unidad de Investigación Financiera para la Prevención de Lavado de Dinero y Activos. Capítulo III.

DOCUMENTOS QUE DEBEN ADJUNTARSE

Persona Jurídica

- Fotocopia de Escritura de Constitución Vigente. Modificación a pacto social (si aplica) **(Para Sociedades)**
- Acuerdo ejecutivo, Ley, Decreto o Acta de Constitución. Copia del Diario Oficial de la publicación de estatutos **(Para Asociaciones, Fundaciones, cooperativas, instituciones de gobierno)**

Documentación General :

- Fotocopia de NIT y Número de Registro Fiscal.
- Fotocopia de comprobante de domicilio de la empresa. (puede ser recibo de agua, luz ó teléfono)
- Credencial de elección del Representante Legal.
- Fotocopia de DUI, NIT del Representante Legal.
- Copia de Pasaporte o Carnet de Residencia si es extranjero.
- Credencial de Junta Directiva
- Matrícula de Comercio Vigente (Sociedades Anonimas)
- Nomina de accionistas para el caso de Sociedad Anonimas** (Presentar carta firmada por Representante legal, detallar porcentajes, documento de identificación y país de origen o residencia). **En caso de cajas de crédito, sociedades cooperativas y bancos cooperativos se requiere la lista de asociados y monto de sus aportaciones, hasta llegar a personas naturales. Fundaciones, ONG, Asociaciones:** detallar sus principales benefactores / donadores (documento de identificación y país de origen).

Persona Natural

- Fotocopia de Documento Único de Identidad (DUI)
- Fotocopia de Numero de Identidad Tributaria (NIT)
- Fotocopia de Pasaporte/calidad migratoria o Carné de Residencia Vigente si es extranjero.
- Copia Tarjeta de Registro Fiscal (si aplica).
- Fotocopia de comprobante de domicilio (puede ser recibo de luz, agua o telefonía).

Cliente con giro Financiero o APNFD deberán presentar la siguiente documentación adicional :

- Certificación o punto de acta de nombramiento de Oficial de Cumplimiento
- Código de ética y conducta
- Manual de Prevención de Lavado de Dinero y Activos
- Programa de capacitación anual para empleados en Materia de prevención de Lavado de Dinero
- Portafolio de productos y servicios
- Organigrama
- Detalle de nombres y cargos gerenciales de la compañía