Atlántida Vida
Seguros de Personas

Seguros Atlántida

CUESTIONARIO AML PARA CLIENTES CON GIRO FINANCIERO Y APNFD'S

Código del Asegurado: _____
Razón social del asegurado: _____
Giro o Actividad Comercial: _____
Dirección: _____
Nacionalidad: _____
Dirección Web: _____
Nombre del Representante Legal: _____
Tipo y Numero de Documento de Identidad: Número de Sucursales: _____
Defina la ubicación Geográfica de las sucursales: GIIN: _____
Nombre de su Regulador/Supervisor: _____

POLITICAS Y PROCEDIMIENTOS AML

1. ¿Posee dentro de su estructura organizacional una Unidad de Cumplimiento? SI ☐ NO ☐
2. ¿La Junta Directiva de su empresa ha nombrado a un Oficial de Cumplimiento? SI ☐ NO ☐

Si su respuesta es afirmativa:

Nombre: _____
Cargo: _____
Correo Electrónico: _____
Teléfono: _____

3. ¿La Junta Directiva de su empresa ha nombrado a un Oficial de Cumplimiento suplente? SI ☐ NO ☐

Si su respuesta es afirmativa:

Nombre: _____
Cargo: _____
Correo Electrónico: _____
Teléfono: _____

4. ¿Tiene su empresa un Código de Conducta o de Ética? SI ☐ NO ☐
5. ¿Tiene un Manual de procedimientos para la Prevención de Lavado de Dinero? SI ☐ NO ☐

Si su respuesta es afirmativa, ¿Contiene su manual los siguientes elementos?

- Política "Conozca a a su Cliente" SI ☐ NO ☐
- Política de Debida Diligencia para PEPS SI ☐ NO ☐
- Política de Debida Diligencia para Clientes con Giro Financiero y APNFD'S SI ☐ NO ☐
- Procedimiento para identificar ROS SI ☐ NO ☐
- Monitoreo en Listas Negras SI ☐ NO ☐
- Política para clientes US Person SI ☐ NO ☐

6. ¿Ha establecido programas de capacitación AML? SI ☐ NO ☐
7. ¿Tiene su empresa política de aperturas de cuentas para Shell Banks? SI ☐ NO ☐

Atlántida Vida
Seguros de Personas

Seguros Atlántida

8. ¿Tiene su empresa un sistema de monitoreo para detectar personas que se encuentran en lista negras? SI ☐ NO ☐
9. ¿Qué listas negras monitorea?

_____

_____

_____

10. ¿Cuenta con un comité de Prevención de Lavado de Dinero y Financiamiento al Terrorismo? SI ☐ NO ☐
11. ¿Cuenta con un procedimiento especial para clientes de alto riesgo? SI ☐ NO ☐
12. ¿Su empresa cuenta con requisitos para conservación de registro de operaciones de clientes? SI ☐ NO ☐
13. ¿Ha estado su institución sometida a algún proceso de naturaleza regulatoria o criminal por violaciones a las leyes AML / FT en los últimos cinco años? SI ☐ NO ☐
14. ¿Ha estado su institución sometida a alguna investigación, acusación, penalización o acción civil relacionada con LD/FT en los últimos cinco años? SI ☐ NO ☐
15. ¿Alguna investigación, acusación, penalización o acción civil relacionada con LD/FT en los últimos cinco años? SI ☐ NO ☐

El suscrito certifica que, con base a mi conocimiento, toda la información arriba relacionada es actual, precisa y reflejo fiel de las políticas AML de terrorismo establecidos por mi institución.

Nombre del Cliente:
Persona que llena el formulario:
Cargo:
Firma y sello:

USO EXCLUSIVO DE LA ASEGURADORA

Nombre del Agente Dependiente:
Cargo:
Firma:

AUTORIZACIÓN ATLÁNTIDA VIDA, S.A., SEGUROS DE PERSONAS

Nombre del Representante Legal/ Apoderado:
Cargo:
Firma y Sello

AUTORIZACIÓN SEGUROS ATLÁNTIDA, S.A.

Nombre del Representante Legal/ Apoderado:
Cargo:
Firma y Sello