DEBIDA DILIGENCIA AMPLIADA

Formulario Personas Expuestas Políticamente (PEPs) relacionados Comerciales o Vinculados Familiares

Las que en este documento deben ser claros, precisos y de la más rigurosa exactitud, considerándose siempre bajo la exclusiva responsabilidad del solicitante y/o persona a ser asegurada.

DATOS DEL CLIENTE

Nombre Completo:			
Persona Expuesta Políticamente		Persona relacionada "por vínculo familiar" a PEP	
Persona relacionada "por vínculo familiar" a PEP			
Detalle del cargo político ejercido por usted, relacionado o familiar:			
Fecha de nombramiento para ejercer el cargo:			
Fecha inicio periodo de gestión:		Fecha de finalización del período:	

APLICA SOLO PARA PEP

Enuncie los nombres completos de sus familiares más cercanos en primer grado de consanguinidad y segundo de afinidad (Padres, Hijos, Esposa(o), Compañero de Vida, Hermanos, Suegros, Yerno/Nuera, Cuñados, Abuelos)		
Conyugue/Compañero (a) de vida:		
Hijo (a):		
Hijo (a):		
Hijo (a):		
Madre:		
Padre:		
Hermano (a):		
Hermano (a):		
Otros (especifique):	Parentesco:	
Otros (especifique):	Parentesco:	
¿Pertenece o a pertenecido a la directiva de algún partido político? Detalle Nombre(s) del(los) Partido(s) Político(s), cargo y período		
Partido político:	Cargo:	Período:
Partido político:	Cargo:	Período:
Partido político:	Cargo:	Período:

APLICA RELACIONADOS A PEP

En el caso de ser relacionado por "vínculo familiar" a PEP en primer grado de consanguinidad y segundo de afinidad (Padres, Hijos, Esposa (o), compañero de vida, hermanos, Suegros, Yerno/Nuera, Cuñados, Abuelos), detallar:	
Nombre:	
Cargo:	Documento de Identificación:
Parentesco:	
Nombre:	
Cargo:	Documento de Identificación:
Parentesco:	
Nombre:	
Cargo:	Documento de Identificación:
Parentesco /Parentesco:	
En caso de ser "relacionado comercial o de negocios, detallar:	
Nombre:	Cargo:
Documento de Identificación:	Participación (%):
Nombre:	Cargo:
Documento de Identificación:	Participación (%):
Nombre:	Cargo:
Documento de Identificación:	Participación (%):

INFORMACIÓN ADICIONAL (aplica para todos)

¿Es miembro de Junta Directiva o accionista de alguna Sociedad (accionista con 25% o más del capital accionario o participación en el patrimonio)? Detallar nombre(s) de la(s) sociedad(es), participación y/o cargo.	
Nombre de la Sociedad:	Es cliente de Atlántida Vida: SI ◯ NO ◯
Cargo:	Participación (%):
Nombre de la Sociedad:	Es cliente de Atlántida Vida: SI ◯ NO ◯
Cargo:	Participación (%):
Nombre de la Sociedad:	Es cliente de Atlántida Vida: SI ◯ NO ◯
Cargo:	Participación (%):
¿Ha sido sujeto de cierre de operaciones por parte de alguna Institución Financiera? SI◯NO◯En caso afirmativo, detallar:	
Institución Financiera:	
Motivo:	
¿Ha sido sujeto de cierre de operaciones en otra aseguradora? SI NO En caso afirmativo, detallar:	
Motivo:	
¿Ha estado involucrado en Procesos Judiciales? SI NO En caso afirmativo, detallar:	
Motivo:	

Declaro que la información proporcionada en este formulario es verdadera y que la institución pueda validar los datos proporcionados en el mismo. _____ Firma del Cliente/Representante Legal/ Apoderado

USO EXLUSIVO DE LA ASEGURADORA

Recomendaciones del ejecutivo/ Jefe de negocios que realiza la entrevista:	
Ejecutivo/ Intermediario que realiza la entrevista:	
Nombre de Intermediario:	Firma:
Nombre del Ejecutivo:	Firma:
Persona del área de negocio responsable de la revisión, aprobación y verificación de la documentación e información que se recoge en el expediente del cliente o tercero.	Fecha de la entrevista:
_____ Firma del Oficial de Cumplimiento	