

☐ Cliente Nuevo ☐ Cliente Existente
☐ Asegurado ☐ Afianzado ☐ Codeudor ☐ Tomador ☐ Pagador ☐ Otro:

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombres:		Primer Apellido:	
Segundo Apellido:		Apellido de Casada:	
Sexo: ☐ M ☐ F			
País y Fecha de Nacimiento:			
Tipo de Documento de Identidad: ☐ DUI, ☐ Pasaporte, ☐ Carné de Residente			
Número de Doc. de Identidad:		Fecha de Vencimiento:	
Lugar y Fecha de Expedición:		NIT:	
Estado Civil:		Nombre de Cónyuge:	
Dirección de Residencia:			
Distrito:		Municipio:	
Departamento:			
País de Residencia:		Nacionalidad:	
Teléfono Residencial:		Celular:	
E-mail:			
Actividad Económica ☐ Empleado, ☐ Comerciante/Negocio Propio, ☐ Profesional Independiente, a la que se dedica: ☐ Pensionado, ☐ Ama de Casa, ☐ Estudiante u ☐ Otro: _____ (Marque todas las que apliquen)			
Origen de Fondos: (Marque todas las que apliquen) ☐ Salario, ☐ Comisiones, ☐ Pensión, ☐ Honorarios, ☐ Dividendos, ☐ Ingresos del Negocio, ☐ Inversiones, ☐ Ayuda Familiar, ☐ Remesas, ☐ Alquileres, ☐ Venta de Activo u ☐ Otro: _____			
Ingresos mensuales: ☐ De \$1.00 a \$800.00 ☐ De \$800.01 a \$2,000.00 ☐ \$2,000.01 a \$4,500.00 ☐ De \$4,500.01 a \$6,000.00 ☐ De 6,000.01 a \$10,000.00 ☐ Más de \$10,000.01			

INFORMACIÓN DE EMPLEO

Nombre de Empresa:	Cargo:
Dirección de Empresa:	Teléfono Laboral:

INFORMACIÓN DE COMERCIANTES O PROFESIONALES INDEPENDIENTES

Describa su Actividad Económica:		
¿Es su actividad económica clasificada como APNFD? (Según establece el art. 77 del Instructivo de la UIF) ¹ ☐ Si ☐ No		
Número de Registro de Contribuyente:		Teléfono Laboral:
Dirección de Negocio u Oficina:		
Principales	Nombre:	Teléfono:
Cientes:	Nombre:	Teléfono:
Principales	Nombre:	Teléfono:
Proveedores:	Nombre:	Teléfono:

¹Casinos, agentes inmobiliarios, comerciantes de metales y piedra preciosas, abogados, notarios, contadores, auditor externo, compra y venta de inmuebles, administración del dinero, valores u otros activos, administración de las cuentas bancarias, de ahorros o valores, organización de contribuciones para la creación, operación o administración de empresas, y creación, operación o administración de personas jurídicas.

TRANSACCIONALIDAD DECLARADA	
Forma de Pago: ☐ Anual ☐ Mensual ☐ Trimestral ☐ Semestral	Medio de Pago: ☐ Efectivo ☐ Cheque ☐ Transferencias (Marque todas las que apliquen) ☐ Depósitos Bancario ☐ Tarjeta de Crédito
Pagos Anticipados: ☐ No haré, ☐ Si haré, Número de Pagos: _____ Monto: _____	

PREGUNTAS REGULATORIAS		
¿Es o ha sido PEP ² en los últimos 5 años? ☐ No ☐ Si: En caso afirmativo <i>completar formulario de PEPs</i>		
¿Es pariente o relacionado comercialmente a alguien que esté fungiendo actualmente o que fungió como PEP ² en los últimos 5 años? ☐ No ☐ Si: En caso afirmativo <i>completar formulario de PEPs</i>		
IDENTIFICACIÓN DE INDICIOS (FATCA)		
¿Posee el titular de la póliza Nacionalidad de Los Estados Unidos de América?	SI	NO
¿Posee el titular de la póliza Residencia de los Estados Unidos de América?	SI	NO
¿Está el titular de la póliza sujeto al cumplimiento de obligaciones tributarias en Estados Unidos?	SI	NO
¿Posee el titular de la póliza domicilio de Estados Unidos?	SI	NO
¿Posee el titular de la póliza el número telefónico de los Estados Unidos de América?	SI	NO

DECLARACIÓN JURADA	
Yo _____ con documento de identidad número _____ actuando en mi carácter personal DECLARO BAJO JURAMENTO: que los fondos que utilizaré tienen y tendrán un origen y destino lícito, que provienen de actividades económicas legales, y que no están ni estarán relacionados con los delitos generadores de lavado de dinero establecidos en la Ley contra el Lavado de Dinero y de Activos, la Ley Especial contra Actos de Terrorismo, ni con otras leyes afines. Asimismo, aseguro que los servicios que adquiera no serán utilizados para fines ilícitos. Declaro que mi actividad económica y los ingresos mensuales que percibo son verídicos y corresponden a la realidad. Garantizo que la información y los datos proporcionados en esta Ficha Integral son fidedignos y exactos, por lo cual eximo a PROTEGE SEGUROS, S.A. de toda responsabilidad en caso de que dicha información resulte falsa, errónea o inexacta. En caso de ser necesario, me comprometo a actualizar o presentar la documentación que respalde el origen o destino de los fondos, la actividad económica y los ingresos mensuales cuando la Aseguradora lo solicite, para cumplir con las disposiciones internas y legales vigentes.	
Lugar y fecha	Firma del Cliente:

PARA USO INTERNO	
DOCUMENTOS QUE DEBEN ADJUNTARSE	
☐ DUI (Del asegurado, contratante y/o pagador) ☐ NIT (Del asegurado y/o pagador) ☐ Tarjeta de Registro Fiscal de IVA (Si aplica) ☐ Comprobante de Domicilio tales como: recibo de luz, agua, teléfono, con vigencia de 6 meses de antigüedad. (A solicitud)	☐ Pasaporte vigente o Carné de Residencia, (si es extranjera) ☐ Matrícula de Comercio vigente o en su defecto la constancia del pago de los derechos correspondientes (Comerciantes Individuales) ☐ Fotocopia de Poder (En caso de actuar como apoderado).
Nombre y firma de la persona de la Aseguradora responsable de la revisión:	Nombre, No. de autorización de la SSF y firma del Intermediario: (Si la vinculación fue mediante intermediario)
Lugar y fecha:	Lugar y fecha:

²El Presidente, Vicepresidente de la República, designado a la presidencia, diputado, Ministros, Viceministro de Estado, Secretario, Gobernador Departamental, Magistrado de la Corte Suprema de Justicia, de las Cámaras de Segunda Instancia, Juez de Primera Instancia o de Paz, alcalde o miembro de un Concejo Municipal, Magistrado de la Corte de Cuentas, Fiscal General, Procurador General, Procurador para la Defensa de los Derechos Humanos, jefe de Estado, políticos de alto nivel, funcionarios públicos extranjero, judicial o de organismo internacionales de alto nivel, militar de alto rango, ejecutivo de alto nivel de corporaciones estatales, funcionario de alto nivel de partido políticos, embajador o cónsul o, persona a quien se les han confiado funciones prominentes por una organización internacional.