

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE (KYC)

(Know Your Customer Form)

PERSONA NATURAL O REPRESENTANTE LEGAL DEL CONTRATANTE / Individual or Legal Representative of the insured

Primer Apellido

(Surname)

Segundo Apellido

(Surname)

Nombres

(Given Name)

Apellido de Casada

(Family surname)

Edad

(Age)

Fecha de nacimiento

(Date of birth)

Lugar de Nacimiento

(Place of birth)

Sexo

(Gender)

Nacionalidad

(Nationality)

Otras nacionalidades:

(Other nationalities)

Profesión, Ocupación u Oficio

(Profession/occupation)

Número de Identificación

(ID number)

Tipo de Identificación:

(Identification type)

Tarjeta de Identidad

(Identity card)

Pasaporte

(Passport)

Carnet de Residente

(Resident card)

Tel.

Fax

Cel.

Dirección Completa de Residencia

(Complete Address)

Correo electrónico

(e-mail)

Estado Civil:

(Marital status)

Soltero

(Single)

Casado

(Married)

Viudo

(Widow)

UL.

(Other)

Nombre del Cónyuge

(Name of Spouse)

Nº de dependientes

(Nº of dependents)

Origen de los recursos:

(Origin of income)

Nivel aproximado de ingresos según el salario mínimo mensual vigente (SMMV):

(Approximate level of monthly income based on minimum wage – SMMV)

de 0-3 SMMV (L.0.00 – L.30,066.12)

de 4-6 SMMV (L. 40,088.16 – L. 60,132.24)

de 7-10 SMMV (L. 70,154.28 – L.100,220.40)

de 11-20 SMMV (L.110,242.44 - L. 200,440.80)

de 21-50 SMMV (L. 210,462.84 - L. 501,102.00)

de 50 SMMV (L. 501,102.01) en adelante

Nombre completo de la persona de quien depende económicamente o del tutor o representante legal, si aplica:

(Full name and relationship of the person you are financially dependent on or of the legal guardian or representative, if applicable)

Parentesco

(Relation)

Nombre de la Empresa en que trabaja/Nombre del negocio

(Name of the Employer or Company)

Dirección completa de la Empresa

(Complete Address of the Employer or Company)

Giro o actividad de la Empresa

(Nature of Business)

Tiempo de laborar en la Empresa

(Years of employment)

Nº Tel trabajo

(Office Tel.)

Fax

Posición o cargo que desempeña

(Title or position in the company)

¿Ha desempeñado un cargo público en los últimos cuatro años?:

☐ Si

(Yes)

☐ No

(No)

especifique:

(specify)

PERSONA JURÍDICA / Moral Or Legal Person

Razón o Denominación Social

(Legal name of the identity)

Nombre Comercial

(Commercial name)

Objeto social y/o actividad económica

(Economic activity)

Departamentos y Países donde opera

(Country of incorporation and countries of operation)

Dirección de la oficina principal

(Main business Address)

Página Web

(Web page)

Tel.

Fax

Correo Electrónico

(E-mail)

Dos referencias bancarias o comerciales 1.

2.

Listar al menos dos proveedores principales 1.

2.

Monto aproximado del total de activos y ventas o ingresos anuales:

(Approximate amount of total assets and sales or annual income)

Nombre del contacto principal:

(Name of main contact designated for the company)

Cargo:

Correo Electrónico

(E-mail)

Teléfono

(Tel)

Extensión

(extension)

INFORMACIÓN ADICIONAL PARA EL RESPONSABLE DE PAGO

NOTA: *estos campos solo deben ser completados si el Responsable de Pago es distinto al Contratante, en cuyo caso deberá completar también un Formulario de Información Mínima separado.

Nombre del Pagador de la póliza

(Name of the contracting party of the policy)

Relación con el Pagador

Relationship with the payer

Yo, El Contratante de la póliza acepto que el Responsable de Pago aquí declarado puede realizar los pagos de prima a mi (s) póliza (s).

Fecha / Date

Firma del Solicitante / Signature of the applicant

Los firmantes declaran que la información provista es precisa, completa, correcta y verdadera

The signatories declare that the information provided is accurate, complete, correct and true.

PARA USO INTERNO DE LA COMPAÑÍA	
Tipo de Cliente: APNFD☐ Finanzas☐ Comercial☐ Consorcios☐ Industrial☐ Gubernamental☐ Grupo Económico☐ Microempresa☐ Particular☐ Otros☐	Forma de Pago: Efectivo☐ Cheque☐ Depósito bancario☐ Transferencia☐ Tarjeta crédito/Débito: POS☐ Débito Automático☐

Formulario requerido con base en las disposiciones de la Resolución SB No.348/27-04-2016 contentiva del Reglamento del régimen de obligaciones, medidas de control y deberes de las instituciones supervisadas en relación a la ley especial contra el lavado de activos, del Decreto Legislativo número 144-2014 del 30 de abril de 2015 contentivo de la Ley Especial Contra el Lavado de Activos, y del Decreto número 131-2014 del 30 de abril de 2015 contentivo de la Ley para la Regulación de las Actividades y Profesiones No Financieras Designadas (APNFD).