

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE SECTOR ASEGURADOR

COMISION NACIONAL DE BANCOS Y SEGUROS

(Con base a Resolución N° 1393/26-12-2007 y 184/12-02-2008)

Tipo de Relación: Contratante ☐ Asegurado ☐ Afianzado ☐ Beneficiario ☐ Apoderado ☐ Proveedor ☐ Intermediario ☐
Otra ☐ Cual: _____

I. DATOS PERSONA NATURAL (Para personas jurídicas serán las del Representante)

Primer Apellido

Segundo Apellido

Nombres

Tipo de Identificación Identidad ☐ Pasaporte ☐ Carné Residente ☐ RTN / RUC ☐ Otras ☐ Cual: _____

Número de Documento

Lugar y Fecha de Expedición

Fecha de Nacimiento

Lugar de Nacimiento

Estado Civil

Día Mes Año

Nombre del Cónyuge

Género

Masculino

Femenino

Nacionalidad

Profesión, Oficio u Ocupación

Dirección Residencia

Municipio

Departamento

País

Teléfono

Celular

Correo Electrónico

Asalariado ☐ Independiente ☐ Estudiante ☐ Rentista ☐ Socio ☐ Pensionado ☐ Jubilado ☐

Empresa donde Trabaja

Área

Cargo

Tiempo de Laborar

Dirección Laboral

Municipio

Departamento

País

Teléfono

Fax

Correo Electrónico

II. DATOS Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PERSONA JURÍDICA

Razón o Denominación Social

Nombre Comercial

RTN / RUC

Dirección Completa

Municipio

Departamento

País

Teléfono

Fax

Sitio Web

Tipo de Empresa Pública ☐ Privada ☐ Otros ☐

Actividad Económica: Industrial ☐ Comercial ☐ Transporte ☐ Construcción ☐ Agrícola ☐ Civil ☐ Servicios Financieros ☐
Otra ☐ Cual: _____

III. DECLARACION DE ORIGEN DE FONDOS Y ACEPTACIÓN DE CLAUSULA

Declaro expresamente que:

- Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro de los marcos legales y los recursos que poseo no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el código penal hondureño
- La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.
- Acepto el hecho que de demostrarse falso testimonio en la información aquí presentada, las Compañías de Seguros están facultadas a dar por terminado el contrato de seguro según se indica en el artículo 1141 del Código de Comercio, sin que esto implique responsabilidad alguna de la Compañía Aseguradora frente al asegurado.

IV. FIRMA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACION QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

FIRMA CLIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

V. DOCUMENTO REQUERIDOS

- EN TODOS LOS CASOS ES NECESARIO ADJUNTAR FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACION (PARA PERSONAS JURIDICAS SE DEBE ADJUNTAR DEL REPRESENTANTE LEGAL).**
Se requiere adjuntar documentación adicional cuando se suscriban contratos de seguros:
- PERSONA NATURAL (a) COMERCIANTE INDIVIDUAL (a, b, y c)**
 - Fotocopia de la respectiva identificación, ya sea tarjeta de identidad, pasaporte o carné de residente, según corresponda.
 - Fotocopia de la declaración de comerciante individual.
 - Inscripción en el Registro Mercantil y la identificación de las personas autorizadas para contratar en nombre de la empresa, dejando las fotocopias en el respectivo expediente.
- PERSONA JURIDICA**
-Fotocopia de la Escritura de Constitución y sus reformas.

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE SECTOR ASEGURADOR**COMISION NACIONAL DE BANCOS Y SEGUROS***(Con base a Resolución N° 1393/26-12-2007 y 184/12-02-2008)*

-Fotocopia del Registro Tributario Nacional.

-Fotocopia de la Identidad de los representantes de la sociedad.

Cuando se suscriban pólizas o se otorguen créditos a sociedades constituidas en el extranjero, domiciliadas en el país, éstas deben presentar los documentos siguientes:

-Fotocopia de la autorización concedida por la Secretaría de Estado en los Despachos de Industria y Comercio.

-La respectiva inscripción en el Registro Mercantil.

-De ambos documentos se deberá dejar copias para el expediente.

Para las Asociaciones, Clubes, Patronatos, Iglesias, Asociaciones sin Fines de Lucro, se solicitará la siguiente documentación:

-Fotocopia de la Personalidad Jurídica o Estatutos legalmente autorizados.

-Copia del Registro Tributario Nacional.

Para las Empresas Públicas, Autónomas o Semiautónomas:

-Copia del Registro Tributario Nacional.

-Decreto de Creación.

PARA USO EXCLUSIVO DE LA INSTITUCION ASEGURADORA

VI. INFORMACIÓN ENTREVISTA					VII. VERIFICACION DE LA INFORMACION				
Lugar de la Entrevista					Fecha Verificación		Día	Mes	Año
Fecha de la Entrevista		Día	Mes	Año	Nombre y Cargo de quien verifica				
Observaciones					Firma				
No. de Autorización de Intermediario :					Observaciones				
Compañía					Sucursal				