

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 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:

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 ATLANTIDA VIDA, S.A., Seguros de Personas.

Nombre del Representante Legal/ Apoderado:

Cargo:

Firma y Sello