

I. INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Nombre completo: _____

Actividad/Tipo de negocio: _____

Cantidad de Empleados: _____

¿Recibe remesas familiares?: Si No

¿Es Entidad con Actividad Financiera? Si No
(Si la respuesta es Si, debe completar el Cuestionario para Entidades con Giro Financiero)

¿Posee y maneja pólizas con otras Aseguradoras? Si No
En caso de Si, indique en que Aseguradoras: _____

¿Su negocio lleva un registro de Contabilidad Formal? Si No

¿Los Estados Financieros anuales son auditados por una firma de Auditoria Externa? Si No

¿La entidad es supervisada o fiscalizada por parte de algún Ente de control? Si No
Detallar el Supervisor: _____

¿Su negocio ha estado involucrado en Procesos Judiciales? Si No
En caso de SI, detallar: _____
Motivo: _____

¿Le han rechazado o cancelado una póliza en alguna Aseguradora? Si No
En caso de SI, detallar: _____
Aseguradora: _____
Motivo: _____

Detalle el objetivo de la relación de negocios con la Aseguradora: _____

II. INFORMACIÓN DE LAS OPERACIONES QUE EFECTÚA

¿Su negocio o emprendimiento recibe donativos u otro instrumento monetario? Si No
En caso de SI, detallar: _____
Nombre de la Persona o Institución: _____
País de origen: _____
Promedio recibidos (US\$) y su frecuencia: _____

¿Utiliza o utilizará el servicio de transferencias internacionales? Si No
En caso de SI, detallar:
Transferencias Enviadas:
Motivo: _____
Países: _____
Monto y frecuencia: _____

¿Recibe remesas?: Si No
Países: _____
Monto y frecuencia: _____

¿Atiende las operaciones de sus clientes con dinero en Efectivo? Si No
En caso de SI, detallar:
Indique los porcentajes: Efectivo _____%; Tarjeta débito/crédito _____%; Cheques _____%; Transferencias electrónicas _____%

Recibe billetes de denominación de US\$100 o US\$50: Si No

De acuerdo a su localidad, es normal recibir este tipo de denominaciones de billetes: Si No

De acuerdo al tipo de productos o servicios que ofrece, considera normal recibir este tipo de denominación de billetes: Si No

Solicita a sus clientes que le indiquen cuál es el origen de los billetes de alta denominación que les entregan: Si No

¿Utiliza o contratará los servicios de recolección de remesas en efectivo a través del servicio a domicilio o similares? Si No

En caso de SI, detallar:
Principales clientes que le pagan en efectivo: _____
Ubicaciones de los puntos donde recolecta: _____

¿Utiliza o utilizará el servicio de transferencias electrónicas a terceros a través de banca por internet? Si No

En caso de SI, detallar:
Nombre de los terceros: _____
Motivo/Propósito: _____
Promedio de las transferencias (US\$): _____
Número mensual estimado de transacciones a realizar: _____

Detallar el tiempo (años) de operar en la dirección actual: menos de 1 año 1 - 2 años 3 - 5 años más de 5 años

En caso de haber realizado cambios en 2 años o menos, detallar:
Motivo de los cambios: _____
El local actual es propio? Si No

¿Realiza operaciones de importaciones ó exportaciones?: Si No

En caso de SI, detallar:
Entidad que ha otorgado el permiso: _____
Fecha de vencimiento del permiso: _____

Importaciones:
Países: _____
Frecuencia: _____
Tipo de mercancías: _____

Exportaciones:
Países: _____
Frecuencia: _____
Tipo de mercancías: _____

Declaro que la información proporcionada en este Formulario es verdadera y que Atlántida Vida puede validar los datos proporcionados en el mismo.

Firma del Cliente/Representante Legal/Apoderado: _____
Nombre de quien firma: _____

USO EXCLUSIVO DE LA ASEGURADORA

¿El Corredor de Seguros / Intermediario de Seguros / Ejecutivo de la Aseguradora ha visitado las instalaciones de su empresa? Si No En caso de NO: Colocar fecha estimada de visita. _____

Fecha de visita / Fecha estimada de visita: _____

Recomendaciones de la persona que realiza la entrevista: _____

Corredor de Seguros/Intermediario de Seguros/Ejecutivo de Aseguradora	Gerente Técnico/ Gerente de Negocios (Nombre del Cargo)
Nombre: _____	Nombre: _____
Firma: _____	Firma: _____
Fecha de la entrevista: _____	Fecha de Aprobación: _____