

Ficha Integral

Tipo de persona	Natural	Jurídica	Calificación LD/FT:
Compañía	Vida	Daños	

Clientes

Canal de vinculación	Directo	Intermediario	Corporativo	Masivo
-----------------------------	---------	---------------	-------------	--------

Proveedores

Servicios profesionales	Consultores	Otros proveedores:
Reaseguradores	Agentes corredores	

Tipo de comprobante de pago	Factura de consumidor final	Comprobante de Crédito Fiscal
------------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

A. Información de persona jurídica

Razón social:			
Nombre comercial:		Nacionalidad:	
Departamento:		Municipio:	
Es ud contribuyente:	Sí	No	NIT:
Registro fiscal No.:			Tel.:
Correo electrónico del contacto principal:			Tel.:
Correo electrónico documento tributario electrónico:			
Nombre del contacto principal:			
Dirección de la empresa:			
Actividad económica:			
Procedencia de los fondos:			

Ingresos mensuales y proyectados:	\$1.00 a \$10,000.00	\$10,000.01 a \$25,000.00	\$25,000.01 a \$50,000.00
	\$50,000.01 a \$100,000.00	\$100,000.01 a \$500,000.00	\$500,000.01 a más

Egresos mensuales y proyectados:	\$1.00 a \$10,000.00	\$10,000.01 a \$25,000.00	\$25,000.01 a \$50,000.00
	\$50,000.01 a \$100,000.00	\$100,000.01 a \$500,000.00	\$500,000.01 a más

B. Información de persona natural y/o Representante legal

Nombre:		Sexo:	F	M
Lugar de nacimiento:	Fecha de nacimiento:	Nacionalidad:		
Estado Familiar:	Profesión:			
Correo electrónico:				
Dirección Particular:				
Municipio:	Departamento:	Tel. Casa:		
DUI:	NIT:	Pasaporte:	Otro:	
Lugar y Fecha de expedición de documento de identificación:				
Fecha de vencimiento de documento de identificación:				
Actividad económica:				
Lugar de trabajo:	Cargo que desempeña:			
Dirección del lugar de trabajo:			Tel:	

Nota: Solo aplica para persona natural

Ingresos mensuales y proyectados:	\$1.00 a \$10,000.00	\$10,000.01 a \$25,000.00	\$25,000.01 a \$50,000.00
	\$50,000.01 a \$100,000.00	\$100,000.01 a \$500,000.00	\$500,000.01 a más

Egresos mensuales y proyectados:	\$1.00 a \$10,000.00	\$10,000.01 a \$25,000.00	\$25,000.01 a \$50,000.00
	\$50,000.01 a \$100,000.00	\$100,000.01 a \$500,000.00	\$500,000.01 a más

C. Otra información			
¿Es usted un PEP´s?	Sí	No	
¿Es usted familiar en primer y segundo grado de consanguinidad o afinidad, cónyuge, compañero(a) de vida o asociado cercano de un	Sí	No	
¿La sociedad está relacionada a un PEP´s o posee un accionista que sea PEP´s?	Sí	No	
Nota: casinos y demás juegos de suerte, agentes inmobiliarios, comerciantes de metales preciosos, abogados, notarios, contadores y auditor externo.			
D. Información de accionistas con más del 25% de participación (beneficiarios finales)			
Nombre	Tipo de documento	No. de documento	Porcentaje de participación
E. Uso exclusivo para ejecutivos o corredores			
Se realizó visita al Cliente o Tercero:	Sí	No	Fecha de vinculación con la aseguradora
		Día:	Mes: Año:
Información sobre la visita:			
Comentarios sobre verificación de información:			

Nombre _____

Firma persona que atendió (ejecutivo intermediario)

En caso de persona jurídica colocar el sello de la empresa

Declaración Jurada

Yo _____, en mi calidad _____

(Personal, representante legal, apoderado, o delegado) de _____

(Nombre de la entidad) declaro bajo juramento, que los fondos o valores que entrego para el pago de la presente transacción (prima, comisión o préstamo) de ninguna manera están relacionados con los delitos generadores de Lavado de Dinero y Activos descritos en el artículo 40 de la Ley Especial para la Prevención, Control y Sanción del Lavado de Activos, Financiamiento del Terrorismo y Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva, en fin ningún tipo de actividad ilícita, además, que en cumplimiento al instructivo de la Unidad de investigación financiera para la Prevención de Lavado Activos, detallo la siguiente información:

Origen o Procedencia de los Fondos:

Salario:

Ingreso del negocio:

Otros, especifique la procedencia:

Aplica para clientes

Forma de pago de la transacción (efectivo u otros):

Número de pagos proyectados en el mes:

¿Se proyecta realizar pagos anticipados o adicionales? Sí No Frecuencia _____

Eximo a la Compañía, de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo. (Toda Información proporcionada está sujeta a verificación y asumo la responsabilidad de la misma).

Lugar y Fecha

Firma del Cliente o Apoderado

En caso de persona jurídica colocar el sello de la empresa

CARTA DE CONSENTIMIENTO

Estimados Señores Seguros Atlántida, S.A. y Atlántida Vida, S.A. Seguros de Personas:

Yo _____, en mi calidad

Personal Representante legal Apoderado Delegado de

_____ (Nombre de la entidad) y

portador de mi documento de identidad _____ en pleno ejercicio de mis

derechos, y de conformidad con lo establecido en la Ley para la Protección de Datos Personales, aprobada

por el Gobierno de El Salvador y publicada en el Diario Oficial Número 219 del Libro 445 de fecha 15 de

noviembre 2024, manifiesto mediante la presente mi consentimiento expreso para la recolección, tratamiento

y transferencia de mis datos personales y sensibles y/o en caso ser representante legal, en pleno

ejercicio de las facultades que me confiere la representación legal de la misma, manifiesto, mi

consentimiento expreso para la recolección, tratamiento y transferencia de los datos personales y

sensibles de la sociedad y, en su caso, de sus representantes, colaboradores o empleados, por parte de

Seguros Atlántida, S.A. y Atlántida Vida, S.A Seguros de Personas bajo los siguientes términos:

- Finalidad del tratamiento de datos:** Autorizo la recolección de estos datos personales y sensibles, y sean tratados y utilizados para fines regulatorios, comerciales y administrativos relacionados con los productos y servicios ofrecidos.
- Transferencia de datos:** Autorizo que la información proporcionada sea compartida con autoridades competentes, empresas reaseguradoras, nacionales o extranjeras, instituciones financieras, terceros involucrados y empresas del conglomerado financiero, siempre que dicho uso sea para el cumplimiento de los fines relacionados con el producto o servicio a contratar, la ejecución del contrato a que dé lugar, que se encuentre dentro del marco legal o sea para la mejora de los productos o servicios ofrecidos.
- Garantía de seguridad:** Entiendo y acepto que el tratamiento de los datos se realizará bajo estrictos estándares de seguridad, evitando cualquier uso indebido o acceso no autorizado.
- Derechos del titular:** Reconozco que se dispone del derecho a solicitar el acceso, rectificación, cancelación, oposición, portabilidad, olvido o limitación respecto al uso de los datos brindados, y que podrá ejercerse mediante solicitud dirigida al correo electrónico delegadoprotecciondedatos@seatlan.sv o al teléfono (503) 2283-0800.

Para recibir notificaciones proporciono número de teléfono _____ y correo electrónico

Declaro que he leído y he recibido por escrito el aviso de privacidad de la aseguradora y que esta carta de consentimiento ha sido otorgada de manera libre y consciente, conociendo los términos bajo los cuales la emito y para constancia firmo:

Lugar y Fecha

Firma