

**A. INFORMACION DEL CLIENTE**

Nombre Completo:			
Lugar y Fecha de Nacimiento:			
Dirección exacta de Residencia (y otras señas):			
Nacionalidad o Estatus Migratorio:		Salvadoreño (a) <input type="checkbox"/>	Extranjero (a) <input type="checkbox"/>
País de origen:			
NIT:	DUI:	Pasaporte No.:	Carnet No.:
Lugar y Fecha de expedición de documento de identificación:			
Sexo:	F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	Estado Civil:
Soltero(a) <input type="checkbox"/>		Casado(a) <input type="checkbox"/>	Divorciado(a) <input type="checkbox"/>
Acompañado(a) <input type="checkbox"/>			
Teléfono del Domicilio:		Teléfono Celular:	
Correo Electrónico:			

**B. DATOS LABORALES**

Actividad Económica Primaria (marcar X):			
Empleado <input type="checkbox"/>	Comerciante Independiente <input type="checkbox"/>	Profesional Independiente <input type="checkbox"/>	Socio / Accionista <input type="checkbox"/>
Lugar de Trabajo / Nombre la Empresa o Negocio:			
Dirección del Lugar de Trabajo:			
Actividad Económica Secundaria:			
Especificar actividad de la empresa o negocio (Si no es empleado o realiza una Actividad Económica Secundaria):			
Tiempo de ejecutar la Actividad Económica Secundaria:			

**C. INFORMACION DE REFERENCIAS BANCARIAS Y/O PERSONALES**

Nombre	Dirección	Teléfono
1		
2		

**D. INFORMACION DE REFERENCIAS COMERCIALES (Si es Comerciante o Profesional independiente)**

	Nombre	Dirección	Teléfono
PRINCIPALES CLIENTES QUE POSEE	1		
	2		
	3		
PRINCIPALES PROVEEDORES QUE POSEE	1		
	2		
	3		

¿Ha mantenido relaciones laborales y/o comerciales con Países identificados como Paraísos Fiscales?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Ha estado en Procesos Judiciales o Vinculado (a) a actividades ilícitas o terroristas?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

**E. VINCULACIONES**

¿Desempeña o ha desempeñado algún cargo como Persona Expuesta Pública y Políticamente?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	En caso de que una respuesta sea positiva, completar "Formulario para PEP's"
¿Es miembro de algún partido político?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
¿Tiene algún familiar que ocupe un cargo como Persona Expuesta Pública y Políticamente?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
¿Tiene un asociado que ocupe un cargo como Persona Expuesta Pública y Políticamente?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	

EL CLIENTE AUTORIZA A QUALITAS COMPAÑIA DE SEGUROS, S.A., A REALIZAR ANALISIS Y VERIFICACIONES QUE CONSIDEREN PERTINENTES A TRAVES DE LOS MEDIOS NECESARIOS, E INFORMAR DE MANERA INMEDIATA Y DOCUMENTADA A LA AUTORIDAD COMPETENTE EN CASOS DE INVESTIGACIÓN O CUANDO SE DETECTARE INUSUALIDADES O TRANSACCIONES SOSPECHOSAS. GARANTIZA LA VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA Y RENUNCIA EJECUTAR CUALQUIER PRETENSIÓN TANTO EN EL ÁMBITO CIVIL COMO PENAL POR ESTOS HECHOS, ADJUDICANDOSE SANCIONES QUE POR INFORMACIÓN FALSA, SE ESTABLEZCAN EN LAS LEYES SALVADOREÑAS E INTERNACIONALES.

\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de Cliente

**F. DOCUMENTOS QUE DEBEN ADJUNTARSE**

- Copia de DUI
- Copia NIT o Licencia de Conducir
- Copia de Pasaporte o Carnet de Residencia si es extranjero
- Copia Tarjeta de Registro Fiscal (si aplica)
- Copia Acreditación del cargo (Aplica únicamente para PEP's)
- Copia de comprobante de domicilio del cliente (puede ser recibo de Agua o Energía Eléctrica)

**NOTA: Obligatorio para todo negocio nuevo, renovaciones, cuando existieren cambios en dichos documentos y/o cuando Quálitas considere necesario y solicite actualizar la información**

**G. USO EXCLUSIVO PARA EJECUTIVO INTERMEDIARIO O CORREDURÍA DE SEGUROS**

Lugar y Fecha de Vinculación con la Aseguradora:

Se realizó visita al Cliente o Tercero:

Sí

No

Cliente visitó oficina de Quálitas

Comentarios de la Visita:

Lugar y Fecha

Nombre, No.de autorización SSF y Firma Intermediario

**H. PARA USO EXCLUSIVO DE QUÁLITAS COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.**

Verificación de Datos:

Documentos de Identificación

Direcciones

Actividad Económica

Teléfonos

Firma

Verificación Lista OFAC

Comentarios sobre verificación de información:

**Validado en Listas de Cautela: OFAC, Interpol y Lista de Restricción Interna, sin tener resultados positivos.**

Lugar y Fecha

Nombre y Firma del Ejecutivo responsable de verificar la información  
Gerencia Comercial o Gerencia de Negocios Especiales**NOTA: Espacio reservado para QUALITAS****I. AUTORIZACIÓN PARA EL INICIO DE LA RELACIÓN COMERCIAL**

YO, \_\_\_\_\_, QUE ME IDENTIFICO CON DOCUMENTO ÚNICO DE IDENTIDAD NÚMERO \_\_\_\_\_, Y EN MI CALIDAD DE \_\_\_\_\_, DOY FE QUE SE HA REALIZADO LA DEBIDA DILIGENCIA SOBRE LA INFORMACIÓN DETALLADA EN ESTOS DOCUMENTOS. CONOZCO LOS RESULTADOS DE LA VERIFICACIÓN, Y POR LO TANTO **SI / NO**, AUTORIZO SE PROCEDA DAR INICIO CON LA RELACION COMERCIAL ENTRE EL SOLICITANTE Y QUÁLITAS COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.

Lugar y Fecha

Firma y nombre de Gerente Comercial o Gerente de Negocios Especiales de  
Quálitas Compañía de Seguros, S.A.