

HDI-Seguros S.A. ejecuta procedimientos de debida diligencia respecto a las operaciones de sus prestadores de servicios de seguros, esto con el fin de establecer perfiles de compartimiento y cumplir la normativa vigente en materia de Prevención de Lavado de Activos, Financiamiento del Terrorismo y Otros Delitos. Este formulario servirá como un medio de obtención de información, la misma que HDI-Seguros S.A. mantendrá bajo estricta confidencialidad. El personal de HDI-Seguros S.A. podría contactarse con usted en caso de tener alguna pregunta adicional.

Los campos no deben quedar en blanco, de no tener respuesta alguna deberá colocar N/A.

**Información del Prestador de Servicios de Seguros**

Nombres:				Apellidos:	
Tipo de ID	C.I: <input type="checkbox"/>	RUC: <input type="checkbox"/>	Pasaporte: <input type="checkbox"/>	N° ID::	
Lugar y fecha de nacimiento:				Nacionalidad:	
Dirección:	País:	Provincia:	Ciudad:		
	Calle principal:			N°	
	Calle transversal:			Referencias:	
Teléfono/celular:				Correo electrónico:	

**Información del Cónyuge o Conviviente (Si aplica)**

Nombres:				Apellidos:	
Tipo de ID	C.I: <input type="checkbox"/>	RUC: <input type="checkbox"/>	Pasaporte: <input type="checkbox"/>	N° ID:	
Nacionalidad:					

**Información Financiera**

Actividad económica:					
Tipo laboral:	Público: <input type="checkbox"/>	Privado: <input type="checkbox"/>	Independiente: <input type="checkbox"/>	Otros: <input type="checkbox"/>	
Profesión:	Cargo:				
Ingresos anuales:	Total Activos:				
Egresos anuales:	Total Pasivos:				
¿Posee ingresos diferentes a la actividad principal descrita anteriormente?	Si <input type="checkbox"/>				No <input type="checkbox"/>
Ingresos diferentes de la actividad económica principal:	USD	Fuente de otros ingresos:			
Propósito de la relación comercial:					

**Control de prevención del lavado de activos, financiamiento del terrorismo y otros delitos**

¿Cuenta con un manual interno de prevención de lavado de activos, financiamiento del terrorismo y otros delitos)?	Si la respuesta es negativa, indique los motivos:
	Si* <input type="checkbox"/>
	No <input type="checkbox"/>

**FORMULARIO CONOZCA A SU PRESTADOR DE SERVICIOS DE SEGUROS  
(Persona Natural)**

¿Cuenta con un programa de capacitación para el personal en tema de prevención de lavado de activos, financiamiento del terrorismo y otros delitos?	Si* <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿En su entidad existe una estructura de prevención de lavado de activos, financiamiento del terrorismo y otros delitos, conforme a las disposiciones del ente de control: Oficial de cumplimiento?	Si* <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Ha sido objeto de investigación o sanción por falta de aplicación de medidas de prevención de lavado de activos, financiamiento del terrorismo y otros delitos?	Si* <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

**Pagos por Transferencia - Datos Bancarios**

Conocedor de las penas de perjurio, declaro que el destino de los valores recibidos por parte de HDI-Seguros S.A., por concepto de contraprestación, serán destinados a actividades lícitas permitidas por la ley y no financiarían ningún tipo de delito.

Concepto de pago:	
Banco:	
Número de cuenta:	
Tipo de cuenta:	
Beneficiario de la cuenta:	
RUC o CI del beneficiario:	
E-mail:	

**Declaración de Persona Expuesta Políticamente (PEP's)****Declaración:**

Declaro bajo juramento que  Sí  No me encuentro ejerciendo un cargo considerado políticamente expuesto.

En caso de que la respuesta sea positiva, indicar:

**Cargo:****Función:****Jerarquía:**

Entidad donde desempeña tal función:

Fecha del nombramiento de designación de cargo:

y Fecha de culminación de cargo (en caso de aplicar):

Adicional indicar si usted mantiene alguna de las siguientes relaciones mencionadas:

<b>Tipo de relación:</b>	<b>En caso de que su respuesta sea afirmativa colocar la siguiente información:</b>			
• Colaborador directo	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Nombres: <input type="text"/>	Cargo: <input type="text"/>
• Relación empresarial (por afinidad)	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Nombres: <input type="text"/>	Cargo: <input type="text"/>
• Relación societaria	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Nombres: <input type="text"/>	Cargo: <input type="text"/>
• Relación comercial	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Nombres: <input type="text"/>	Cargo: <input type="text"/>

**FORMULARIO CONOZCA A SU PRESTADOR DE SERVICIOS DE SEGUROS  
(Persona Natural)****Declaraciones**

Al diligenciamiento del presente formulario declaro que libero y mantengo ileso a cualquier persona, empresa, entidad, institución o entidad gubernamental de toda responsabilidad con respecto a la entrega de la información a HDI-Seguros S.A.

Asimismo, mediante el diligenciamiento de este formulario procedo a liberar y mantener a HDI-Seguros S.A., sus accionistas, directores y empleados, ilesos de todo reclamo, gastos y responsabilidades con respecto a la recepción de esa información. Comprendo que la investigación de información general llevada a cabo por HDI-Seguros S.A., incluirá la recopilación de información acerca de mi actividad laboral, reputación y búsquedas de información pública disponible, incluidos los litigios civiles y los registros de antecedentes penales.

Además, declaro que:

1. Los recursos que poseo provienen de fuentes y orígenes lícitos, son objeto del giro del negocio; tanto mi actividad, profesión u oficio son lícitos y los ejerzo dentro del marco legal;
2. La información que he suministrado en el presente documento es auténtica, pues corresponde a la realidad de los hechos y de mi actividad, por lo que es verificable y me obligo a actualizarla anualmente por la vía idónea que me sea requerida;
3. Los recursos que se deriven de la ejecución del contrato que mantengo con HDI-Seguros S.A. no se destinarán a la financiación de actividades terroristas o delitos en general.
4. Declaro no poseer antecedentes penales ni haber sido sentenciado por delitos de lavado de activos y del financiamiento del terrorismo, ni por ningún otro delito.

**Autorización Tratamiento de Datos Personales**

Mediante el diligenciamiento del presente formulario el Prestador de Servicios de Seguros autoriza de manera permanente e irrevocable a HDI-Seguros S.A. o a quien representa sus derechos para que, con fines estadísticos, de control, supervisión y de información comercial a otras entidades, procese, reporte, conserve, consulte, suministre o actualice cualquier información de carácter financiero y comercial de titularidad del Prestador de Servicios de Seguros, a las centrales de información o bases de datos debidamente constituidas, que estime conveniente, en los términos y durante el tiempo que los sistemas de bases de datos, las normas y las autoridades establezcan. La consecuencia de esta autorización será la inclusión del Prestador de Servicios de Seguros en las mencionadas bases de datos.

El Prestador de Servicios de Seguros garantiza que cuenta con medidas de seguridad, de índole técnica y organizativa, que garantizan la seguridad de los datos personales y los derechos de los titulares atendiendo al riesgo existente y a la naturaleza de los datos, en su contexto, evitando su alteración, pérdida, divulgación, acceso no autorizado o cualquier otra forma indebida o no autorizada de tratamiento, teniendo en cuenta el estado de la tecnología, la naturaleza de los datos almacenados y los riesgos a que estén expuestos, ya provengan de la acción humana o del medio físico o natural.

**FORMULARIO CONOZCA A SU PRESTADOR DE SERVICIOS DE SEGUROS  
(Persona Natural)****Documentos adjuntos al Formulario**

Conozco la obligación legal que tengo como Prestador de Servicios de Seguros de actualizar anualmente los datos contenido en este formulario, así como de comunicar y documentar de manera inmediata a HDI-Seguros S.A., cualquier cambio en la información que hubiese proporcionado. Durante la vigencia de mi relación comercial con HDI-Seguros S.A., me comprometo a proveer la documentación e información que me fuere solicitada.

	Si	No
Copia de RUC (actualizado)		
Copia del documento de identidad		
Copia del documento de identidad del cónyuge (si aplica)		
Comprobante de pago de Impuesto a la Renta (del año inmediato anterior)		
Certificado de Cumplimiento de Obligaciones emitido por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros		

**Nombre del Prestador de Servicios de Seguros:** Firma: Lugar:  Día:  Mes:  Año: