



**ANEXO DE INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA
SOLICITADA POR LA CNBS EN MATERIA DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE
SEGURO AUTOMÓVILES INDIVIDUAL (PERSONA NATURAL)**

Nombre del Contratante:

I. DATOS DEL ASEGURADO COMO CLIENTE PEP

¿Es usted una persona expuesta políticamente (PEP)? SI ☐ NO ☐

En caso de que su respuesta sea afirmativa, completar el formulario de identificación y vinculación para personas expuestas políticamente (nacionales y extranjeros).

Cargo público desempeñado en los últimos ocho (8) años e institución

Institución	Cargo Público	Período

II. INFORMACIÓN FINANCIERA DEL ASEGURADO

Especifique su fuente de Ingresos:

**Nivel aproximado de ingreso según el
Salario Mínimo Mensual Vigente (Actividad
Principal):**

De 0 - 3

De 4 - 6

De 7 - 10

De 11-20

De 21-50

De 50 en adelante

¿Recibe ingresos diferentes a su actividad principal?

SI ☐ NO ☐

Si, su respuesta es SI, detalle:

Fuente de ingreso: _____

Valor mensual estimado: _____

¿Realiza transacciones en moneda extranjera?

SI ☐ NO ☐

Tipo de Moneda: Dólar Euro Otra _____



**Si el Asegurado es estudiante o ama de casa, favor proporcionar la siguiente información:
Información de la persona de quien depende económicamente**

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Apellido de Casada
No. de identidad	Actividad económica que desarrolla:		Parentesco o Afinidad:	

III. DATOS DEL BENEFICIARIO (Anotar nombre completo en letra de molde)

Relación: Financiera ☐ Personal ☐

Nombre Completo	Identidad / R.T.N.	Parentesco	Participación %	Relación (Marque con una X)		¿ES UN PEP? SI / NO
				Financiera	Personal	

En caso de que necesite incluir más beneficiarios, solicite hoja para anexarlos.

¿Alguno de los beneficiarios detallados son figura pública nacional o extranjera; o bien, tiene uno de los anteriores un familiar en el primer grado de consanguinidad o afinidad?
SI ☐ NO ☐
En caso de que su respuesta sea afirmativa, la persona coincidente deberá completar el Formulario de identificación y vinculación para Personas Expuestas Políticamente (Nacionales y Extranjeros).

IV. DATOS DEL BENEFICIARIO FINAL

¿Actúa en nombre propio? SI ☐ NO ☐

En caso de que su respuesta sea negativa, especifique el nombre del tercero por el que actúa

Nombre Completo	Identidad / R.T.N.	Parentesco	Participación %	Relación (Marque con una X)		¿ES UN PEP? SI / NO
				Financiera	Personal	

Lugar y Fecha: _____

Nombre del Solicitante: _____ Firma del Solicitante: _____

Nombre del Intermediario: _____ Firma del Intermediario: _____



EQUIDAD
Compañía de Seguros S. A.