



COMPAÑÍAS DE SEGUROS

FORMULARIO SIMPLIFICADO PARA INICIO DE RELACIONES - Persona o Empresa Individual -

1. LUGAR: _____ 2. FECHA (dd/mm/aaaa): _____

DATOS DE LA PERSONA OBLIGADA

3.1 Razón Social y Nombre Comercial: _____
 3.2 Nombre de la central, sucursal o agencia donde se solicita el producto o servicio: _____ 3.2.1 Código de agencia o sucursal: _____

DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

4.1 Primer apellido:		Segundo apellido:		Apellido de casada:	
Primer nombre:		Segundo nombre:		Otros nombres:	
4.2 Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):		4.3 Nacionalidad:		4.4 Otra nacionalidad:	
4.6 Condición migratoria: (Cuando aplique)		Residente Temporal <input type="checkbox"/> Turista o visitante <input type="checkbox"/> Otra (especifique): _____		Residente Permanente <input type="checkbox"/> Permiso de trabajo <input type="checkbox"/>	
4.7 Género: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		4.8 Estado Civil:		4.9 Profesión u oficio:	
4.10 Tipo de identificación:		4.10.1 Número:		4.10.2 Lugar de emisión: Departamento: _____ Municipio: _____ País: _____	
4.11 Número de identificación tributaria (NIT):		4.12 Teléfono (línea fija):		4.13 Celular / Móvil:	
4.14 Correo electrónico / e-mail: _____					
4.15 Dirección particular completa: (No. de calle o avenida, No. de casa, colonia, sector, lote, manzana, otros) Zona: _____ Departamento: _____ Municipio: _____ País: _____					
4.16 El solicitante actúa en nombre propio:				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
4.16.1 Si la respuesta anterior es negativa, proporcionar información de la persona en nombre de quien actúa:					
4.16.1.1 Nombre completo de la persona y/o razón social de la entidad:					
Primer apellido:		Segundo apellido:		Apellido de casada:	
Primer nombre:		Segundo nombre:		Otros nombres:	
Razón Social/Nombre Comercial:				Género: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
4.16.1.2 Fecha de nacimiento, creación o constitución (dd/mm/aaaa):		4.16.1.3 País de Constitución/Nacionalidad:		4.16.1.4 Otra nacionalidad:	
4.16.1.5 Tipo de identificación:		4.16.1.5.1 Número:		4.16.1.5.2 Lugar de emisión: País: _____	
4.16.1.6 Número de identificación tributaria (NIT): (Cuando aplique)		4.16.1.7 Teléfono (línea fija):		4.16.1.8 Celular / Móvil:	
4.17 El solicitante es Persona Expuesta Políticamente (PEP)*:/:				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
PEP: Quien desempeñe o haya desempeñado un cargo público relevante en Guatemala u otro país, un cargo prominente en un organismo internacional, dirigentes de partidos políticos nacionales o de otro país.					
4.18 Tiene parentesco con una Persona Expuesta Políticamente (PEP)*:/:				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
4.19 Es asociado cercano de una Persona Expuesta Políticamente (PEP)*:/:				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

*/ Si la respuesta es positiva, proporcionar información según lo indicado en el Anexo A.III de Personas Expuestas Políticamente (PEP).

5. DOCUMENTOS QUE SE DEBEN ANEXAR AL FORMULARIO PARA INICIO DE RELACIONES	
5.1 Cuando el espacio del formulario sea insuficiente, sírvase incluir la información en hojas por separado, indicando el numeral al que corresponde.	
5.2 Anexar al presente formulario la siguiente documentación:	
5.2.1 Anexo A.III de Personas Expuestas Políticamente (PEP), cuando apliquen.	
5.2.2 Fotocopia de los documentos de identificación de los firmantes de la cuenta, producto o servicio.	
5.2.3 En caso de ser extranjeros, una fotocopia de su documento de identificación y del documento que acredite su condición migratoria, cuando aplique (pasaporte, tarjeta de visitante, pase especial de viaje, etc.).	
5.2.4 Fotocopia de un recibo, ya sea de agua, luz o teléfono u otro servicio similar, u otro documento similar, que registre la dirección de la residencia reportada por el (o los) solicitante (s).	
5.2.5 En caso de poseer negocio propio adjuntar, fotocopia de patente de empresa y del formulario de inscripción en la SAT o carné.	

6. OBLIGACIONES DEL SOLICITANTE	
6.1 Me comprometo a informar de inmediato a la Persona Obligada cuando se produzca cambio en la información personal consignada en este formulario.	
6.2 Autorizo a la Persona Obligada a verificar la información proporcionada en este formulario.	

Firma del solicitante



COMPAÑÍAS DE SEGUROS
FORMULARIO SIMPLIFICADO PARA INICIO DE RELACIONES
- Persona o Empresa Individual -

Firma y código de la persona que asistió en
consignar la información del formulario

Firma y código del empleado responsable de la
verificación de la información

Firma y código de quien autoriza la operación

BASE LEGAL: Artículo 21 de la Ley Contra el Lavado de Dinero u Otros Activos, Decreto Número 67-2001 del Congreso de la República, 12 de su Reglamento, contenido en Acuerdo Gubernativo Número 118-2002, de la Presidencia de la República y 15 de la Ley Para Prevenir y Reprimir el Financiamiento del Terrorismo, Decreto Número 58-2005.