**TIPO DE INTERMEDIARIO:** Persona Natural [ ]  Persona Jurídica [ ]

Siendo conocedor (a) de las disposiciones legales vigentes, en especial a la norma en materia de Seguros, resoluciones de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, y norma en materia Contra la Delincuencia Organizada y Financiamiento al Terrorismo, detallo la siguiente información.

Se solicita llenar el formulario de forma clara. No dejar espacios en blanco. En los casos que no aplica, indíquese N/A.

|  |
| --- |
| **PARTE I.- DATOS PERSONALES**  |
| **PERSONA NATURAL** |
| Nombres y Apellidos:      | Número de Identificación:      |
| Género:Femenino [ ]  Masculino [ ]  | Estado Civil:Soltero(a) [ ]  Casado(a) [ ]  Viudo(a) [ ]  Divorciado(a) [ ]  En unión Libre [ ]  |
| Nacionalidad:      | Lugar de Nacimiento:      | Fecha de Nacimiento | Profesión/Ocupación:      |
| **Día** | **Mes** | **Año** |
|       |       |       |
| Descripción de la Actividad:Dependiente [ ]  Independiente [ ]  Societaria [ ]  | Tipo de Actividad: Profesional [ ]  Comercial [ ]  Industrial [ ]  | Ramo (en caso que aplique):      |
| Número Telefónico fijo:      | Número Telefónico Móvil:      |
| Dirección de correo electrónico:      |
| **PERSONA JURÍDICA** |
| Razón Social:      | RIF:      |
| Objeto Social:       | Fecha de Constitución/Registro: |
| **Día** | **Mes** | **Año** |
|       |       |       |
| Tipo de Persona:  Jurídica [ ]  Gubernamental [ ]  | Descripción de la Actividad: Independiente [ ]  Dependiente [ ]  Societaria [ ]  |
| Tipo de Actividad: Profesional [ ]  Comercial [ ]  Industrial [ ]  | Ramo:      | Número Telefónico fijo:      |
| Número Telefónico Móvil:      | Dirección de correo electrónico:      |
| **PARTE II.- INFORMACIÓN SOBRE LA DIRECCIÓN DE UBICACIÓN****(Persona Natural, Persona Jurídica)** |
| **Persona Natural/Persona Jurídica** |
| País de Residencia:      | Estado:      | Ciudad:      | Municipio:      | Parroquia:      |
| Av./Calle/Transversal:      | Edif./Casa/Quinta/Local/Torre/C.C.:      | Apartamento/Oficina:      |
| Piso/Nivel:      | Urbanización / Sector:      | Zona Postal:      |
| **PARTE III.- DETALLE DE INGRESOS MENSUALES E INFORMACIÓN FINANCIERA** |
| **Persona Natural** |
| Indique el Promedio de Ingresos, que Usted percibe mensualmente: Bs.       |
| **Persona Jurídica** |
| Indique el movimiento económico que genera:       |
| **Ingresos Promedio Anual:** | **Total de Patrimonio:** | **Utilidad del ejercicio anterior****(cuando aplique):** |
| Bs.       | Bs.       | Bs.       |
| Fecha de la última declaración: | **Toda la información se constatará con los Estados Financieros y Declaración de Impuestos presentados** |
| **Día** | **Mes** | **Año** |
|       |       |       |
| Indique la procedencia de los ingresos (PN/PJ):       |
| **PARTE IV.- INFORMACIÓN COMO INTERMEDIARIO** |
| Código asignado por la SUDEASEG:     | Fecha de autorización: |
| **Día** | **Mes** | **Año** |
|       |       |       |
| ¿Fue Capacitado en la materia, por SEGUROS MIRANDA, C.A.?:Sí [ ]  No [ ]  | Fecha de Capacitación en la materia: |
| **Día** | **Mes** | **Año** |
|       |       |       |
| **PARTE IV.-DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES** |
| Usted, trabaja o trabajó (hasta hace 5 años) en el sector público? | Si [ ]  | No [ ]  |
| **Indique nombre de la Empresa:**       |
| Usted, maneja o manejó recursos públicos? | Si [ ]  | No [ ]  |
| **Indique el área:**       |
| Su cargo es o fue de alto mando, gerencial, dirección o funciones consideradas destacadas en el país o en el exterior? | Si [ ]  | No [ ]  |
| **Indique el cargo:**       |
| Tiene Familiares PEP hasta el 4to Grado de consanguinidad (padres/hijos/abuelos/hermanos/nietos), de 2do. Grado de afinidad (cónyuge), o asociados cercanos? | Si [ ]  | No [ ]  |
| ***Indique Nombre y Apellido:***      | ***Cédula de Identidad:***      |
| ***Parentesco o Asociado cercano:***      | ***Cargo:***      |
| **Declaro bajo juramento.** Que los bienes y valores registrados en este documento, al igual que las gestiones que efectuaré con la Aseguradora, no provienen, ni se destinarán los fondos entregados u obtenidos de ninguna fuente ilegítima o vinculada con negocios de "legitimación de capitales, financiamiento al terrorismo y financiamiento de la proliferación de armas de destrucción masiva". En consecuencia, eximo a **Seguros Miranda, C.A**., de toda responsabilidad, aun ante terceros, si la presente declaración es falsa o errónea. Así mismo autorizo expresamente a la Empresa, a realizar el análisis que considere pertinente e informar a las autoridades competentes si fuera el caso.Además, declaro que la información contenida en este formulario es verdadera, completa y proporciona la información de modo confiable y actualizada y conocedor(a) de la obligación de actualizar anualmente mis datos personales, así como de comunicar y documentar de manera inmediata a Seguros Miranda, C.A., cualquier cambio en la información que hubiere proporcionado. Durante la vigencia de la relación con la Aseguradora, me comprometo a proveer de la documentación e información que me sea solicitada. |
| **Autorizo** expresamente en forma libre, voluntaria e irrevocable a **Seguros Miranda, C.A.,** a realizar los análisis y las verificaciones que considere necesarias para corroborar la licitud de fondos y bienes comprendidos en el contrato de seguro; hago extensiva esta autorización a todas las personas naturales o jurídicas de derecho público o privado a facilitar a la Aseguradora, toda la información que ésta les requiera, inclusive revisar en las Instituciones Financieras mi información. |
| **Datos de contacto para firmar y recibir facturas, comunicaciones y/o notificaciones electrónicas.** Autorizo expresamente a **SEGUROS MIRANDA, C.A.**, a registrar mi correo electrónico personal y número celular; citados en mis Datos Personales para recibir los comprobantes, comunicaciones y/o notificaciones electrónicas que se emitan a mi favor, para lo cual declaro bajo mi entera responsabilidad que la información entregada al citado correo electrónico tiene validez oficial en cumplimiento a lo establecido en la norma en materia de Comercio Electrónico, Firmas Electrónicas y Mensajes de datos vigente. |

**Huella** (pulgar de la mano derecha):

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FIRMA**

Número de Identificación:

Lugar y Fecha:

|  |
| --- |
| **PARTE V.- PARA USO EXCLUSIVO DE LA EMPRESA** |
| Detalle observaciones encontradas:      |
| **PARTE VI.- REVISORES Y FIRMAS** |
| **Recibido y revisado por:**     **NOMBRE Y APELLIDO**Cédula de Identidad:      Cargo:      Área de Gestión Comercial | **Conformado por Jefe de área:**     **NOMBRE Y APELLIDO**Cédula de Identidad:      Jefe de Grupo.      Área de Gestión Comercial |
| **Conformado por:**     **NOMBRE Y APELLIDO**Cédula de Identidad:      Coordinación de Planificación y Control Comercial | **Autorizado por:**     **NOMBRE Y APELLIDO**Cédula de Identidad:      Gerente de Comercialización |

*Este es un* ***DOCUMENTO*** *de propiedad de Seguros MIRANDA, C.A.*

*Prohibida su reproducción y/o Distribución parcial o total sin autorización previa de la Aseguradora*

|  |
| --- |
| **DOCUMENTOS REQUERIDOS COMO OBLIGATORIOS** |
| 1. Formulario de vinculación, completado.
2. Copia legible de la autorización otorgada por la SUDEASEG.
3. Copia de la Cédula de Identidad o Pasaporte vigente.
4. Copia de Registro Único de Información Fiscal (RIF) vigente.
5. Copia de la última Declaración del Impuesto sobre la Renta.
6. Copia de Acta Constitutiva y estatutos sociales con la última modificación estatutaria, si la hubiere.
7. Copia legible de la cédula o pasaporte vigente del Cónyuge (en los casos que aplique).
8. Copia de Recibo de Servicio Público.
9. Declaración Jurada del Origen de los Fondos.
10. Referencia bancaria vigente.
11. Constancia de haber sido Capacitado en la materia por Seguros Miranda, C.A.
12. Constancia de la Verificación de la información de los datos, efectuada a través de los medios públicos (sólo requisito para la Aseguradora).
13. Constancia de la actualización de información de los datos precedentes, una vez al año, en caso que aplique (sólo para la Aseguradora).
 | **PERSONA NATURAL** | **PERSONA JURÍDICA** |
| X | X |
| X | X |
| X |  |
| X | X |
| X | X |
|  | X |
| X | X |
| X | X |
| X | X |
| X | X |
| X | X |
| X | X |
| X | X |