

FORMULARIO PEP (Persona Expuesta Políticamente)

LUGAR Y FECHA

País	Departamento	Municipio	Fecha
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

¿El cliente es PEP?

Sí No

Lugar de trabajo	Puesto que desempeña	País entidad
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Origen o procedencia de su riqueza	Especifique
<input type="text"/>	<input type="text"/>

¿El cliente tiene parentesco o es asociado cercano a una PEP?

Sí No

Agregar Familiar/Asociado PEP

Familiar/Asociado PEP 1

Parentesco	Especifique	Sexo	Condición
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Femenino <input type="radio"/>	<input type="text"/>
Motivo asociación	Especifique	Masculino <input type="radio"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

Datos del Familiar / Asociado PEP:

Primer apellido	Segundo apellido	Apellido casada	Primer nombre	Segundo nombre	Otros nombres
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lugar de trabajo	Puesto que desempeña	País de la institución o ente			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			

Familiar/Asociado PEP 2

Parentesco	Especifique	Sexo	Condición
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Femenino <input type="radio"/>	<input type="text"/>
Motivo asociación	Especifique	Masculino <input type="radio"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

Datos del Familiar / Asociado PEP:

Primer apellido	Segundo apellido	Apellido casada	Primer nombre	Segundo nombre	Otros nombres
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lugar de trabajo	Puesto que desempeña	País de la institución o ente			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			

Firma del Asegurado

Firma de Intermediario de Seguros

Nombre del Asegurado

Nombre de Intermediario de Seguros