

Fecha de Solicitud:		Oficina que recibe:		Código Interno:	
DATOS DEL INTERMEDIARIO					
PERSONA NATURAL					
Nombres y Apellidos:					
C.I. N° V ☐ E ☐			N° de RIF Personal:		
N° de Pasaporte:		Fecha de Nacimiento:		Edad:	
Lugar de Nacimiento:			Nacionalidad:		
Estado Civil: S ☐ C ☐ D ☐ V ☐		Sexo: M ☐ F ☐		Profesión: ☐ APNFD: ☐	
Actividad Económica:			Email:		
PERSONA JURIDICA					
Nombre o Razon Social:					
N° de RIF: J ☐ G ☐ P ☐			Fecha de Constitución:		
Registro Mercantil:			N°:		Tomo:
N° de Expediente:		Objeto Social / Actividad Economica:			
Nombre Completo del Representante Legal:					
C.I. o Pasaporte N° V ☐ E ☐ P ☐			Telefono:		
Cargo:		Email:			
Nombre Completo Beneficiario Final:					
C.I. o Pasaporte N° V ☐ E ☐ P ☐			Telefono:		
Cargo:		Email:			
DATOS AUTORIZACIÓN SUDEASEG					
Código SUDEASEG:		N° de Oficio:		Fecha:	
N° de Gaceta:		Fecha de la Gaceta:		Tipo de Inter.: A.E ☐ C.S ☐ S.C ☐	
DOMICILIO PRINCIPAL/ TELEFONOS/ CORREOS					
Estado:		Ciudad:		Municipio:	
Avenida:		Calle:		Urbanización:	
Edif./Casa:		Apto.:		Piso:	Parroquia:
Dirección Sucursal/Otra donde se pueda Localizar:					
Telf. de Hab./ Ofic:		Telf. Móvil:		Otro Telf.:	
Correo electronico o Pagina WEB:					
DATOS BANCARIOS					
Banco:		Tipo de Cuenta: A ☐ C ☐		N°:	
Titular de la Cuenta:					
Banco:		Tipo de Cuenta: A ☐ C ☐		N°:	
Titular de la Cuenta:					
DATOS FINANCIEROS					
¿Posee otras fuentes de Ingresos? Sí ☐ No ☐		Fuente: Rentas y Alquileres ☐ Negocio Propio ☐ Libre Ejercicio y Asesoría ☐ Jubilación y Pensión ☐ Otros ☐ Especifique:			
Ingreso Estimado Mensual:		¿Declaró el Impuesto Sobre la Renta (ISLR) en el ejercicio económico anterior?: Sí ☐ No ☐ Sí su respuesta es negativa, especifique:			
¿Ha ejercido la actividad como intermediario de seguros durante los últimos 12 meses?: Sí ☐ No ☐ Si su respuesta es negativa, especifique:		¿Realizó la Declaración Jurada ante la Sudeaseg (Art. 115 del DRVFLAA)?: Sí ☐ No ☐ Sí su respuesta es negativa, especifique:			

¿Ha recibido capacitación en materia Administración de Riesgos de LC/FT/FPADM y otros Ilícitos en el presente año?: Sí ☐ No ☐ Si su respuesta es negativa, especifique:

PEP

Es o fue figura Política de alto nivel, de confianza o afines, o sus familiares más cercanos o su círculo de colaboradores inmediatos, por ocupar cargos como funcionario importante de un órgano ejecutivo, legislativo, judicial o militar de un gobierno Nacional o Extranjero, o un miembro de alto nivel de un partido político Nacional o Extranjero, o un ejecutivo de alto nivel de una corporación que sea propiedad de un gobierno extranjero, o si la corporación fue creada por dicho funcionario en su beneficio (PEP)? Sí ☐ No ☐ Si es afirmativo, especifique:

NOMBRE DE LAS EMPRESAS PARA LA CUAL MEDIA

Empresa	Total Primas	Primas HCM	Primas Medicina Prepagada	Siniestralidad

DECLARACIÓN JURADA DEL INTERMEDIARIO

Yo, _____, titular de la cedula de identidad N° _____, actuando en nombre _____, declaro bajo de fe de juramento que toda la información suministrada en ésta solicitud es cierta y fidedigna, por lo que autorizo a **Plan Medico Salud Zulia Medicina Prepagada, S.A.**, a certificar su veracidad.

Firma y Sello Húmedo del Intermediario