

**Solicitud Seguro de Vida Individual - Allianz Vida ActuAll**

(Para asegurados hasta 69 años de edad) Favor diligenciar con letra legible. Recuerde adjuntar el formato SARLAFT  
 Indexación Ficha de Gestión de la póliza: Código 2252



Allianz Seguros de Vida S.A.

**1. Información Tomador (Diligenciar si es diferente al Asegurado)**

Primer Apellido Arrazola	Segundo Apellido Merlano	Nombre Completo Ariel Bernardo	Tipo y No. Documento de identidad C.C 92500936	Género Masculino
-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------------	---	---------------------

**2. Información Asegurado (persona natural)**

C.C. <input checked="" type="radio"/>	C.E. <input type="radio"/>	NIT <input type="radio"/>	Pasaporte <input type="radio"/>	No. Documento 92500936	Género Masculino	Estado civil Casado	No. Hijos 3
Primer Apellido Arrazola	Segundo Apellido Merlano	Nombre Completo Ariel Bernardo	Ciudad y Fecha de Nacimiento Sincelejo	DD 29	MM 11	AÑO 1962	
Dirección particular Carrera 4 # 18 b - 200		Ciudad Sincelejo	Dirección Comercial Calle 28 N° 25 A 246 AV Luis Carlos Galán		Ciudad Sincelejo		
Empresa donde trabaja Alcaldía Municipal de Sincelejo		Actividad económica de la empresa Administración del municipio		Correo electrónico pueblitocampestre@yahoo.com.mx			

**3. Información Beneficiarios (La sumatoria del % de Participación del valor asegurado debe ser del 100%)**

Tipo Identific.	No. Documento de identidad	Nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	% Partic. Vr. Asegurado	Parentesco
CC <input checked="" type="checkbox"/>	1102849708	Andres Felipe	Arrazola	Sampedro	50%	Hijo <input checked="" type="checkbox"/>
CC <input checked="" type="checkbox"/>	1039463989	María Raquel	Arrazola	Sampedro	50%	Hijo
TI						Hermano
RC						Otros

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: CC: Cédula de Ciudadanía - CE: Cédula de Extranjería - PA: Pasaporte - TI: Tarjeta de Identidad - RC: Registro Civil. NIT. No. de identificación tributario. Con derecho a Acrecimiento  
 PARENTESCO: Cónyuge, Hijo, Hermano, Padres, Otros. Si el parentesco es Otros especificar:  SI  NO

**3.1. Beneficiario oneroso (Autorización renovación póliza)**

En caso que se designe un beneficiario oneroso, autorizo a la Compañía para renovar automáticamente la vigencia del contrato de seguro a partir de su vencimiento, por un periodo no mayor a 12 meses, siempre y cuando la prima de la vigencia anterior haya sido recaudada en su totalidad.

Firma Asegurado \_\_\_\_\_

C.C. No. \_\_\_\_\_

**4. Coberturas y valores asegurados**

Coberturas	Valor asegurado (Escriba el valor asegurado a contratar)	Coberturas (Marque la cobertura que desea adquirir)	Valor asegurado Marque (X) para contratar la cobertura	SI (X)
1 Fallecimiento (cobertura obligatoria)	\$ 100'000.000	5 Auxilio por fallecimiento	\$ 7.000.000	X
2 Incapacidad, Inutilización o Desmembración por Enfermedad o Accidente	\$ 50'000.000	6 Renta diaria por hospitalización y Renta diaria por incapacidad temporal por accidente. (Para amas de casa el valor asegurado será de \$20.000)	Ingreso diario mensual (Máximo \$500.000)	
3 Enfermedades Graves	\$ 50'000.000	7 Asistencia Multifamiliar	Coberturas incluidas en el producto	
4 Indemnización por Fallecimiento Accidental	\$ 50'000.000	8 Asistencia de Adulto Mayor	Coberturas incluidas en el producto	
Seleccione una (1) opción de crecimiento anual del valor asegurado 0% <input type="radio"/> 3% <input checked="" type="radio"/> 5% <input type="radio"/>		Seleccione la forma de pago de la prima Anual <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Semestral <input type="radio"/> Mensual <input checked="" type="radio"/>		
		9 Asistencia de Bienestar y Salud	Coberturas incluidas en el producto	

**5. Datos del Riesgo, información del asegurado**

Especifique claramente su ocupación y actividades detalladas de su cargo: Vigilar que el espacio publico este bien y contrataciones publicas.

¿Piensa cambiar pronto de ocupación? NO  SI . ¿A cuál? \_\_\_\_\_

¿Es piloto de aeronave y/o practica como profesional \_\_\_\_\_ o aficionado \_\_\_\_\_, ocasional \_\_\_\_\_ o regularmente \_\_\_\_\_ deportes tales como: toreo, automovilismo, motociclismo, vuelo en cometa, paracaidismo, boxeo, montañismo, vuelo en ultralivianos, planeadores, cometas y/o similares, bungee jumping, puenting, rafting, downhill, buceo y otros deportes denominados de alto riesgo y/o extremos? NO  SI . Favor aclarar: \_\_\_\_\_

¿Tiene usted servicio de escoltas o guardaespaldas? NO  SI . aclare motivos: \_\_\_\_\_

¿Su actividad personal tiene relación con el negocio de las esmeraldas, drogas o estupefacientes? NO  SI . aclare \_\_\_\_\_

¿Ha sido o se encuentra amenazado, secuestrado, extorsionado? NO  SI . aclare motivos: \_\_\_\_\_

¿Existen o han existido demandas o procesos judiciales promovidos en su contra? NO  SI . aclare naturaleza de la demanda, juzgado y causa: \_\_\_\_\_

¿Ha sido investigado por cometer algún delito? NO  SI . en caso afirmativo especifique: \_\_\_\_\_

**6. Información de otros seguros**

¿Tiene algún seguro de vida individual o accidentes personales vigente, diferente a aquellos que respaldan deudas en entidades financieras? NO  SI . nombre compañía \_\_\_\_\_, valor asegurado \_\_\_\_\_, fecha expedición \_\_\_\_\_

¿Está tramitando otro seguro de vida en la actualidad? NO  SI . nombre Compañía \_\_\_\_\_; ¿Ha rehusado alguna Compañía expedir o

rehabilitar su seguro de vida o accidentes? NO  SI . motivo y nombre de la compañía \_\_\_\_\_

**7. Declaración de asegurabilidad del Asegurado**

Peso (kg) 80 Estatura (cm) 1,70 ¿Fuma? NO  SI  ¿Cuántos cigarrillos al día? \_\_\_\_\_ Desde cuando? \_\_\_\_\_  
 ¿Bebe licor? NO  SI . en caso afirmativo, aclare frecuencia Una vez al mes  
 ¿Su capacidad de trabajo está reducida o presenta algún grado de discapacidad o incapacidad para realizar sus labores cotidianas? NO  SI  ¿Por qué? \_\_\_\_\_  
 ¿Se encuentra en buen estado de salud y plena capacidad de trabajar? NO  SI . Si su respuesta es NO especifique: \_\_\_\_\_

**MÉDICO (Este cuestionario deberá ser contestado totalmente). ¿Padece o ha padecido de alguna(s) de las siguientes enfermedades, circunstancias o eventos? :**

a. ¿Convulsiones, Derrame cerebral, Isquemia o Trombosis, Epilepsia, Parkinson, Alzheimer, Esclerosis múltiple, Sincopes, Vértigo, u otras enfermedades del sistema nervioso?	SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>	i. ¿Enfermedades de los huesos y de las articulaciones: Lumbalgia, Ciática, Artritis, Artrosis, Reumatismo, Anquilosis, Trauma craneo encefálico o de columna o fractura no consolidada?	SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>
b. ¿Ansiedad, Ataque de nervios, Depresión u otro trastorno mental?	SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>	j. ¿Sordera, Ceguera, Cataratas, Glaucoma, Queratocono?	SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>
c. ¿Enfisema, Bronquitis crónica (EPOC), Fibrosis pulmonar, Hipertensión pulmonar, Asma, Tuberculosis?	SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>	k. ¿Paraplejía, Hemiplejía, Parálisis, Amputaciones o incapacidades no mencionadas en este cuestionario?	SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>
d. ¿Hipertensión arterial, Enfermedad cardíaca, Enfermedad Coronaria, Valvulopatía, Arritmias?	SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>	l. ¿Ha consumido durante los últimos 5 años estimulantes o estupefacientes?	SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>
e. ¿Digestivas: Úlceras, Pólipos, Quistes, Divertículos, Hernias, Gastritis, Dispepsia, Reflujo Gastroesofágico, Enfermedad del colon, Cirrosis hepáticas, Pancreatitis?	SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>	m. ¿Le han realizado exámenes para diagnosticar otras enfermedades o antecedentes diferentes a los anteriormente mencionados?	SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>
f. ¿Renales y/o genitourinarias, Próstata, testículos, útero, ovarios, trompas de falopio, senos, enfermedades venéreas?	SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>	n. ¿Ha sido operado u hospitalizado o piensa hacerse una operación próximamente?	SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>
g. ¿Tumores, cualquier tipo de Cáncer, Anemia, Leucemia, Mieloma múltiple, Lupus, Hepatitis, SIDA - VIH, Trombosis venosa o cualquier otra enfermedad de la sangre o inmuno - infecciosa?	SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>	o. (MUJERES) ¿Está embarazada actualmente? En caso afirmativo, adjuntar copia de controles prenatales completos.	SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/> ¿Cuántos meses? _____
h. ¿Diabetes, Enfermedades de la tiroides, Dislipidemia, Gota o alguna enfermedad Endocrina o Glandular?	SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>	p. (MUJERES) ¿Ha tenido complicaciones en embarazos anteriores?	SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>

**En caso de contestar afirmativamente, ampliar información**

Pregunta (Literal)	Nombre de las enfermedades, afecciones, lesiones, estudios, tratamientos, intervenciones quirúrgicas y complicaciones	Fecha de aparición, ocurrencia ó practica			Tratamiento o evolución	Estado actual
		Día	Mes	Año		

**8. Compromiso de Sinceridad y Veracidad de las Declaraciones**

De conformidad con lo estipulado en el artículo 1058 del Código de Comercio, hago constar que las respuestas que he dado a las preguntas contenidas en el cuestionario precedente, son sinceras y veraces y pueden servir de fundamento a la Compañía ALLIANZ SEGUROS DE VIDA, S.A., para tomar la decisión de asumir o no los riesgos de seguro de vida a que se refiere mi solicitud. En consecuencia de lo anterior, cualquier reticencia o inexactitud en que el suscrito solicitante haya incurrido le viciara de nulidad relativa del contrato de seguro y la Compañía aseguradora podrá alegarla por acción u excepción, quedando facultada para abstenerse de pagar la indemnización que se reclame. Declaro que mi ocupación esta permitida por la Ley y no ejerzo actividades ilícitas. ACEPTO QUE ALLIANZ SEGUROS DE VIDA, S.A. NO ASUME RESPONSABILIDAD ALGUNA SINO MEDIANTE LA EXPEDICIÓN DE LA POLIZA.

**9. Cláusula de Asegurabilidad**

El diligenciamiento de la presente solicitud individual de seguro no compromete de ningún modo a la Aseguradora, ni implica obligación alguna de otorgar el seguro de vida al que accede. La Aseguradora se reserva el derecho de otorgar la cobertura una vez evaluada y verificada la información aquí consignada.

**10. Tratamiento de Datos Personales**

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: La Compañía, en su condición de responsable del tratamiento, con fundamento en la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios y complementarios, manifiesta que con ocasión al diligenciamiento del presente formulario recolectará, almacenará, usará, dispondrá o eventualmente podrá llegarse a transmitir o transferir a nivel nacional o internacional información personal de su titularidad y la de terceras personas que sean asegurados o beneficiarios del seguro. La información personal objeto de tratamiento es de tipo general de identificación, ubicación y socioeconómica. También será objeto de tratamiento la información de naturaleza sensible relacionada con el estado de salud y datos de identidad sexual. La información descrita será utilizada para las siguientes finalidades:

(i) Realizar la evaluación de la solicitud de seguro y el análisis del estado del riesgo; dar cumplimiento a las obligaciones contraídas por la Compañía con el titular de información con relación al contrato de seguro que celebren y a las obligaciones legales que se deriven o sean accesorias a este y para la prevención y detección del fraude. Con ocasión a lo anterior, la Compañía podrá compartir la información que considere pertinente y necesaria con otras empresas del Grupo Allianz, intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, operadores y prestadores de servicio con quienes tenga una relación contractual para la ejecución de las actividades descritas. SI  NO

(ii) Envíos Comerciales: Contactar al titular a través de mensajes de texto, correo electrónico, SMS, teléfono, entre otros, para el envío de noticias sobre ofertas de productos o servicios de la Compañía o terceros vinculados, campañas de fidelización o mejora de servicio, así como para realizar encuestas y estudios de mercado, por lo que la Compañía podrán suministrar la información a otras empresas del Grupo Allianz, intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, operadores y prestadores de servicio y cualquier tercero con el cual tengan un vínculo contractual para el desarrollo de las actividades anteriormente mencionadas. SI  NO

(iii) Perfilamiento: Realizar el perfilamiento del titular a partir de sus datos personales para analizar o predecir aspectos relacionados con la salud, preferencias personales, intereses, comportamiento, entre otros. SI  NO

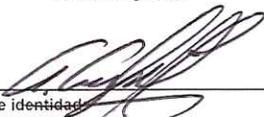
El titular cuenta con el derecho a conocer, actualizar, rectificar y solicitar supresión sus datos personales; abstenerse de suministrar información personal de naturaleza sensible o relativa a niños, niñas o adolescentes, solicitar la prueba de la autorización otorgada, ser informado sobre el uso que se le da a sus datos personales; revocar la autorización otorgada, consultar los datos personales previamente suministrados y acudir ante la Superintendencia de Industria y Comercio cuando no se atiende en debida forma sus consultas o reclamos en materia de protección de datos personales. A través de los siguientes canales de comunicación, el Titular de los datos personales que sean o vayan a ser tratados por ALLIANZ podrá ejercer sus derechos: i) Línea Call Center - Clientes ALLIANZ (Desde el celular: #265 - Bogotá: 5941133 - A nivel nacional: 018000 513500 - Opción 6); ii) Requerimiento escrito a la Carrera 13A No. 29 - 24 de Bogotá, Dirección de Servicio al Cliente; iii) Correo electrónico a la dirección de correo electrónico: servicioalcliente@allianz.co.

Con el diligenciamiento y suscripción del presente formulario Usted declara conocer y aceptar de manera expresa y por escrito, el contenido de la presente solicitud de autorización, así como el contenido de la política de protección de datos personales de la Compañía publicada en www.allianz.co. Además, declara que todos los datos aquí consignados son ciertos, que la información que adjunta es veraz y verificable y que autoriza su verificación ante cualquier persona, sin limitación alguna, y se obliga a actualizar o confirmar la información una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite.

DECLARACIÓN: Todos los datos aquí consignados son ciertos, la información que adjunto es veraz y verificable y autorizo su verificación ante cualquier persona, sin limitación alguna, y me obligo a actualizar o confirmar la información una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite. Autorizo irrevocablemente durante la vigencia del contrato de seguro que llegare a celebrar con Allianz Seguros de Vida S.A y por diez años más después de finalizada la vigencia del mismo a los médicos, clínicas, hospitales, EPS y demás establecimientos que me hayan brindado atención en servicios de salud, para suministrar la información sobre mi historia clínica y/o estado de salud que Allianz Seguros de Vida S.A les solicite, aún después de mi fallecimiento.

En constancia de comprensión y conformidad con lo anterior,

Firma Asegurado




Firma Tomador




No. Documento de identidad: \_\_\_\_\_

No. Documento de identidad: \_\_\_\_\_

Se firma la presente solicitud en la ciudad de: Sincelejo Sucre el día Quince de Diciembre de 2021

## Declaraciones y Autorizaciones

**1. ORIGEN DE FONDOS Y/O BIENES:** Obrando en nombre propio o en representación del tomador/asegurado, de manera voluntaria y afirmando que todo lo aquí consignado es cierto, realizo las siguientes declaraciones de origen de los fondos y/o bienes: 1) Que los recursos de mi propiedad o de la persona jurídica que represento provienen de fuentes lícitas y, por ende, no provienen de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano; 2) Que los recursos que se deriven del desarrollo de la relación comercial con ALLIANZ SEGUROS S.A., ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., incluyendo sus matrices, filiales, subsidiarias, vinculadas o controladas, (en adelante "las Compañías") no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas ni a financiar la proliferación de armas de destrucción masiva; 3) Que autorizo a Allianz para tomar las medidas correspondientes en caso de detectar cualquier inconsistencia en la información consignada en este formulario, eximiéndola de responsabilidad que se derive de ello, 4) Que me obligo para con Allianz en nombre propio o de la entidad que represento a mantener actualizada la información suministrada mediante el presente formulario, incluida la información de los socios o accionistas que tengan más del 5% de la participación social.

**2. TRATAMIENTO DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:** Allianz Seguros de Vida S.A, identificada con NIT 860.027.404-1 y Allianz Seguros S.A, identificada con NIT 860.026.182-5, quienes en adelante se denominarán "Allianz", sociedades domiciliadas en la ciudad de Bogotá, Colombia, de manera independiente y como responsables del tratamiento, manifiestan que con ocasión al diligenciamiento del presente formulario, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios y/o complementarios y la política de tratamiento de datos personales que podrá consultar en <https://www.allianz.co/seguridad-y-politica-de-datos/politicas-de-privacidad.html>; consultarán, recolectarán, almacenarán, compartirán, procesarán, actualizarán, usarán, dispondrán o podrán llegarse a transmitir o transferir a nivel nacional o internacional información personal de su titularidad, por ende, Usted declara entender que con su aceptación autoriza a Allianz a tratar sus datos personales de identificación, ubicación y socioeconómicos, e información por usted suministrada a Allianz, incluida la de naturaleza sensible relacionada con el estado de salud y datos de identidad sexual. Así mismo entiende que, con el suministro de la información personal sobre asegurados y/o beneficiarios, en cuyo favor se celebra el respectivo contrato de seguro, Usted, en ejercicio de la facultad que otorga el literal 4 del artículo 2.2.2.25.4.1 del Decreto Único 1074 de 2015, autoriza también el tratamiento de los datos personales de estos.

La información personal descrita será utilizada para las siguientes finalidades:

(i) Realizar la evaluación de la solicitud de seguro y el análisis del estado del riesgo; validar y verificar su identidad para la vinculación, así como el ofrecimiento y otorgamiento de productos y servicios; dar cumplimiento a las obligaciones contraídas por Allianz con el titular de información en relación al contrato de seguro que celebren y a las obligaciones legales que se deriven o sean accesorias a este; remitir a las autoridades competentes, incluyendo las fiscales y a los reguladores financieros, nacionales o extranjeros, la información relacionada con la titularidad de los productos y servicios contratados o que llegare a contratar, datos de contacto, movimientos y saldos, y toda aquella información que con su aceptación autoriza a Allianz a tratar sus datos personales de identificación, ubicación y socioeconómicos, e información por usted suministrada a Allianz, incluida la de naturaleza sensible relacionada con el estado de salud y datos de identidad sexual. Así mismo entiende que, con el suministro de la información personal sobre asegurados y/o beneficiarios, en cuyo favor se celebra el respectivo contrato de seguro, Usted, en ejercicio de la facultad que otorga el literal 4 del artículo 2.2.2.25.4.1 del Decreto Único 1074 de 2015, autoriza también el tratamiento de los datos personales de estos.

Con ocasión a lo anterior, Allianz podrá compartir la información que considere pertinente y/o necesaria con otras empresas del Grupo Allianz, intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, operadores y prestadores de servicio y otros terceros con quienes tenga una relación contractual para la ejecución de las actividades descritas. SI  NO

(ii) Envíos Comerciales: Contactar al titular telefónicamente o a través de mensajes electrónicos tales como vía chat, mensajes de texto, correo electrónico, SMS, entre otros, para el envío de noticias sobre ofertas de productos o servicios ofrecidos por terceros vinculados o aliados a Allianz, así como para el envío o realización de campañas de fidelización o mejora de servicio, encuestas y estudios de mercado, por lo que Allianz podrán suministrar la información a otras empresas del Grupo Allianz, intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, operadores, prestadores de servicio y cualquier tercero con el cual tengan un vínculo contractual para el desarrollo de las actividades anteriormente mencionadas. SI  NO

iii) Perfilamiento: Realizar el perfilamiento del titular a partir de sus datos personales para analizar o predecir aspectos relacionados con la salud, preferencias personales, intereses, comportamiento, entre otros. SI  NO

El titular cuenta con el derecho a conocer, actualizar, rectificar y solicitar supresión sus datos personales; abstenerse de suministrar información personal de naturaleza sensible o relativa a niños, niñas o adolescentes, solicitar la prueba de la autorización otorgada, ser informado sobre el uso que se le da a sus datos personales; revocar la autorización otorgada, consultar los datos personales previamente suministrados y acudir ante la Superintendencia de Industria y Comercio cuando no se atiende en debida forma sus consultas o reclamos en materia de protección de datos personales. A través de los siguientes canales de comunicación, el Titular de los datos personales que sean o vayan a ser tratados por Allianz podrá ejercer sus derechos: i) Línea Call Center - Clientes Allianz (Desde el celular: #265 - Bogotá: 5941133 - A nivel nacional: 018000513500 - Opción 6); ii) Requerimiento escrito a la Carrera 13A No. 29 - 24 de Bogotá, Dirección de Servicio al Cliente; iii) Correo electrónico a la dirección de correo electrónico: [servicioalcliente@allianz.co](mailto:servicioalcliente@allianz.co).

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento.

Firma del cliente o apoderado



### Constancia de la entrevista

Lugar: ENTREVISTA TELEFONICA  
 Fecha: 15 A 12 S 2021

Con la firma de este documento, yo (nombre Intermediario) SEGURALIA LTDA, identificado con (tipo doc. Id.) NIT número 901187484-2 y número de clave 1707057 declaro:

- Haber verificado la información personal, socioeconómica y financiera del "potencial cliente" y "cliente" en los términos de la C.E. 027 del año 2020 de la SFC. SI  NO
- Considerar razonable la información financiera con la información socioeconómica del potencial cliente. SI  NO
- Considerar que la información socioeconómica del cliente es acorde a su actividad económica en comparación con el mercado. SI  NO
- Haber tomado las medidas necesarias para conocer al cliente a través de una entrevista que yo realicé con máximo dos días previos a la fecha de firma de esta declaración. SI  NO

Con base en lo anterior, en mi concepto la vinculación del cliente debería ser

APROBADO  RECHAZADO

Firma del responsable de la vinculación LUISA MARIA AGUIRRE ECHAVARR

### Definición de las diferentes categorías de PEP

**1. PEP nacional:** Según la definición contemplada en el Decreto 1674 de 2016 y demás normas que lo modifiquen, complementen, sustituyan o adicione. Sin perjuicio de lo anterior, consideran PEP los servidores públicos de cualquier sistema de nomenclatura y clasificación de empleos de la administración pública nacional y territorial, cuando en los cargos que ocupen, tengan en las funciones del área a la que pertenecen o en las de la ficha del empleo que ocupan, bajo su responsabilidad directa o por delegación, la expedición de normas o regulaciones, la dirección general, la formulación de políticas institucionales y adopción de planes, programas y proyectos, el manejo directo de bienes, dineros o valores del Estado y la administración de justicia o facultades administrativo sancionatorias. Funciones pueden ser a través de ordenación de gasto, contratación pública, gerencia de proyectos de inversión, pagos, liquidaciones, administración de bienes muebles e inmuebles. PEP desde su nombramiento y hasta 2 años después de dejar su cargo.

**2. PEP extranjeros:** Son aquellas personas que desempeñan funciones públicas destacadas en otro país. Se entienden por PEP extranjeros: (i) jefes de Estado, jefes de Gobierno, ministros, subsecretarios o secretarías de Estado; (ii) congresistas o parlamentarios; (iii) miembros de tribunales supremos, tribunales constitucionales u otras altas instancias judiciales cuyas decisiones no admitan normalmente recurso, salvo en circunstancias excepcionales; (iv) miembros de tribunales o de las juntas directivas de bancos centrales; (v) embajadores, encargados de negocios y altos funcionarios de las fuerzas armadas, y (vi) miembros de los órganos administrativos, de gestión o de supervisión de empresas de propiedad estatal.

**3. PEP de organización internacional:** Son aquellas personas que ejercen funciones directivas en una organización internacional. Se entienden por PEP de organizaciones internacionales directores, subdirectores, miembros de juntas directivas o cualquier persona que ejerza una función equivalente. En ningún caso, dichas categorías comprenden funcionarios de niveles intermedios o inferiores.

**4. PEP por relación:** Definición de vinculado: 1. Segundo grado de consanguinidad (padres, abuelos, hermanos, hijos, nietos), 2. Segundo de afinidad (yernos, nueras, suegros, cuñados, abuelos del cónyuge o compañero/a permanente del PEP), y 3. Primero civil (hijos adoptivos o padres adoptantes). 4. Asociado cercano: usted es socios, asociado o tienen un negocio con un PEP, ya sea por medio de una persona jurídica o directamente.