

Formulario Conoce a tu Cliente para Persona Natural

DATOS GENERALES DEL ASEGURADO PERSONA NATURAL							
Primer nombre:		Segundo nombre:		Primer apellido:		Segundo apellido:	
Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Fecha de Nacimiento: día mes año		Tipo de ID Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>		Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo	
Número de ID:		Divorciado <input type="checkbox"/> Otros:		País de Nacimiento:			
Nacionalidad:		País de Residencia:		Provincia:		Distrito:	
Corregimiento:		Urbanización / Calle / No. Casa				Celular:	
Tel. Residencia:		Tel Ofic.:		Correo electrónico:			
DATOS OCUPACIONALES							
Empleado privado <input type="checkbox"/> Empleado público <input type="checkbox"/> Negocio propio <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Quehaceres domésticos <input type="checkbox"/> Otros:							
Profesión:		Cargo que desempeña:		Empresa donde trabaja:		Actividad económica de la empresa	
Dirección laboral:				Correo electrónico laboral:			
PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE (PEP)							
¿Es usted una Persona Expuesta Políticamente, o familiar cercano, o estrecho colaborador de ésta? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si su respuesta es afirmativa, debe completar el formulario de Persona Expuesta Políticamente (PEP)							
PERFIL FINANCIERO DE PERSONA NATURAL							
Ingresos anuales de actividad principal				Ingresos anuales por otras actividades			
<input type="checkbox"/> Menos de 10 mil US\$ anual		<input type="checkbox"/> De 10 mil a 30 mil US\$ anual		<input type="checkbox"/> Menos de 10 mil US\$ anual		<input type="checkbox"/> De 10 mil a 30 mil US\$ anual	
<input type="checkbox"/> De 30 mil a 50 mil US\$ anual		<input type="checkbox"/> Más de 50 mil US\$ anual		<input type="checkbox"/> De 30 mil a 50 mil US\$ anual		<input type="checkbox"/> Más de 50 mil US\$ anual	
Países donde declara impuestos (tributa)				El total de las primas anuales que usted paga, son iguales o mayor a US\$10,000			
				Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
DATOS DEL CONTRATANTE							
*Completar en caso de ser distinto al asegurado							
PERSONA NATURAL							
Primer nombre:		Segundo nombre:		Primer apellido:		Segundo apellido:	
Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Fecha de Nacimiento: día mes año		Tipo de ID Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>		Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo	
Número de ID:		Divorciado <input type="checkbox"/> Otros:		País de Nacimiento: PANAMA			
Nacionalidad:		País de Residencia:		Provincia:		Distrito:	
Corregimiento:		Urbanización / Calle / No. Casa				Correo electrónico:	
Tel. Residencia:		Celular:		Tel Ofic.:		Lugar donde trabaja y ocupación:	
PERSONA JURÍDICA							
Nombre de la sociedad:				RUC:		País de constitución:	
Nombre comercial (colocar si es diferente al renglon anterior):				País de Residencia:		Provincia:	
Distrito:		Corregimiento:		Urbanización / Calle / No. Oficina		Teléfono.:	
Correo electrónico:				Actividad a la que se dedica la empresa:			
Declaro que la información contenida en este formulario es verdadera, completa y proporciona la información de modo confiable y actualizada sobre todos los aspectos sobre los cuales se han hecho preguntas.							
Nombre del cliente		Firma del cliente		Día		Mes	
				Año		Fecha	
DATOS DEL CORREDOR							
Nombre del Corredor		Firma del Corredor		Día		Mes	
				Año		Fecha	
SOLO PARA USO DE LA ASEGURADORA							
Funcionario que revisa		Firma		Día		Mes	
				Año		Fecha	
"Regulado y Supervisado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá"							