

**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: <input type="checkbox"/>	
Nacionalidad:		País de Residencia:	
Provincia:		Distrito:	
Corregimiento:		Urbanización / Calle / No. Casa	
Celular:			
Tel. Residencia:		Tel Ofic.:	
Correo electrónico:		Si declara impuestos (tributa) en otro país diferente a Panamá, por favor de especificar:	

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: <input type="checkbox"/>			
Profesión:		Cargo que desempeña:	
Empresa donde trabaja:		Actividad económica de la empresa	
Dirección laboral:		Correo electrónico laboral:	

PERSONA EXPUESTA POLITICAMENTE (PEP)			
¿Es usted una Persona Expuesta Políticamente, o familiar cercano, o estrecho colaborador de ésta? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si su respuesta es afirmativa, debe completar el formulario de Persona Expuesta Políticamente (PEP)			

DATOS DEL CONTRATANTE O PAGADOR	
*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: <input type="checkbox"/>	
Nacionalidad:		País de Residencia:	
Provincia:		Distrito:	
Corregimiento:		Urbanización / Calle / No. Casa	
Correo electrónico:			
Tel. Residencia:		Celular:	
Tel Ofic.:		Lugar donde trabaja y ocupación:	

PERSONA JURIDICA			
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:	

PERFIL FINANCIERO DE PERSONA NATURAL			
El total de las primas anuales que usted paga, son iguales o mayor a US\$10,000 <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
Si su respuesta es afirmativa, proceda a contestar las siguientes preguntas; si la misma es negativa dirijase a la casilla de firma del Representante Legal o Apoderado.			
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

REFERENCIAS (Favor suministrar una personal, una comercial y una bancaria)			
Nombre o Razón Social	Actividad	Relación con el cliente	Teléfono de contacto

\*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. \*El(la) suscrito(a) entiende, acepta, autoriza y otorga su consentimiento a OPTIMA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A., al Grupo Económico al que pertenece, sus socios estratégicos o de negocio, para que accedan, utilicen, compartan, manejen, traten y/o custodien los datos personales, cuando sea requerido, con fines y alcances específicos relacionados con su actividad comercial y de servicios financieros, lo cual incluye, la comercialización, colocación, negociación y contratación de sus productos, así como también las gestiones operativas relacionadas, tales como, pero no limitadas a temas de cobranzas, renovaciones, manejo de reclamaciones, entre otras, manteniendo siempre la confidencialidad de la información, en concordancia a lo dispuesto en la Ley 81 de 26 de marzo de 2019, Ley 12 de 3 de abril de 2012 y demás disposiciones relacionadas.

Nombre del cliente	Firma del cliente	Día Mes Año

DATOS DEL CORREDOR		
Nombre del Corredor	Firma del Corredor	Día Mes Año

SOLO PARA USO DE LA ASEGURADORA		
Nombre del colaborador que revisa	Firma	Día Mes Año

"Regulado y Supervisado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá"

El(la) suscrito(a) entiende, acepta, autoriza y otorga su consentimiento a OPTIMA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A., al Grupo Económico al que pertenece, sus socios estratégicos o de negocio, para que accedan, utilicen, compartan, manejen, traten y/o custodien los datos personales, cuando sea requerido, con fines y alcances específicos relacionados con su actividad comercial y de servicios financieros, lo cual incluye, la comercialización, colocación, negociación y contratación de sus productos, así como también las gestiones operativas relacionadas, tales como, pero no limitadas a temas de cobranzas, renovaciones, manejo de reclamaciones, entre otras, manteniendo siempre la confidencialidad de la información, en concordancia a lo dispuesto en la Ley 81 de 26 de marzo de 2019, Ley 12 de 3 de abril de 2012 y demás disposiciones relacionadas.