



FORMULARIO CONOCE TU CLIENTE - PERSONA NATURAL

Requerimiento según Acuerdo No.3 del 22 de nov. de 2022 BC/FT/FPADM. Aplica para pólizas con prima anual igual o mayor a B/.10,000.00

PERSONA QUE COMPLETA EL FORMULARIO											
<input type="checkbox"/>	Contratante	<input type="checkbox"/>	Asegurado	<input type="checkbox"/>	Corredor	<input type="checkbox"/>	Pagador	<input type="checkbox"/>	Cía. de Seguros	<input type="checkbox"/>	Beneficiario
DATOS GENERALES DE LA SOCIEDAD											
Apellido: _____ / _____ Nombre: _____ / _____ 1er 2do 1er 2do											
Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____ País de Nacimiento: _____ Día Mes Año											
Nacionalidad: _____ País de Residencia: _____ Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M											
Cédula: _____ Pasaporte: _____											
Dirección Residencial: _____ (País, Provincia, Distrito, Corregimiento, Urbanización, Calle, Nombre de Edificio, # de apartamento o casa)											
Número telefónico: _____ / _____ Correo electrónico: _____ Celular Residencial											
Lugar o lugares (país) donde tributa por sus ingresos: _____											
Número de identificación tributario (NIT): _____											
PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE (PEP)											
¿Alguno de los miembros de esta sociedad (directores, dignatarios, representante legal, apoderado, socios, accionistas o beneficiarios finales) se encuentra dentro de la siguiente clasificación?:											
1. ¿Es usted una Persona Expuesta Políticamente? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo favor indicar: Cargo actual o anterior: _____											
2. ¿Es usted un Familiar PEP? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo favor indicar: Nombre del PEP: _____ Cargo del PEP: _____ Relación con el PEP: _____											
3. ¿Es usted un Estrecho Colaborador de un PEP? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo favor indicar: Nombre del PEP: _____ Cargo del PEP: _____ Relación con el PEP: _____											
PERFIL FINANCIERO											
Favor indicar el rango en balboas al que corresponde su "ingreso" anual aproximado. <input type="checkbox"/> Menos de 10 mil <input type="checkbox"/> 10 mil a 30 mil <input type="checkbox"/> 30 mil a 50 mil <input type="checkbox"/> Más de 50 mil Favor detallar si genera ingresos por otra actividad: _____ \$ _____											

DATOS LABORALES

Profesión: _____ Ocupación: _____

Nombre de la empresa: _____

Dirección: _____

(País, Provincia, Distrito, Corregimiento, Urbanización, Calle, Nombre de Edificio, # de apartamento o casa)

En caso de ser independiente o comerciante favor describir la actividad a la que se dedica:

1 Quien en los últimos dos años desempeñó o ha desempeñado funciones públicas destacadas a nivel nacional o en el extranjero (ej.: Jefe de estado o gobierno, políticos, funcionarios gubernamentales, Judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos de empresas estatales, funcionarios importantes de partidos políticos.

2 Únicamente el cónyuge, los padres, los hermanos y los hijos de una Persona Expuesta Políticamente.

3 Persona conocida por su íntima relación con respecto a la persona expuesta políticamente, esto incluye a quienes están en posición de realizar transacciones financieras, comerciales o de cualquier naturaleza, ya sean locales e internacionales, en nombre de la persona expuesta políticamente.

"Yo, como firmante, otorgo mi consentimiento para que cuando sea necesario y requerido, las partes de la relación contractual, puedan acceder, usar, compartir, tratar y/o custodiar mis datos personales y sensibles, incluyendo imágenes de mis documentos de identidad personal, para los propósitos relacionados a temas de las actividades comerciales y servicios financieros, por lo cual, acepto y reconozco que todos mis datos personales están amparados por los derechos ARCO (Acceso, Rectificación, Cancelación, Oposición y/o Portabilidad) en cumplimiento con la Ley de Seguros vigente junto a la Ley de Protección de Datos Personales y con su Reglamento vigente en la República de Panamá."

Firma del Contratante, Asegurado, Corredor de Seguros, Pagador o Beneficiario que completa el formulario bajo su mejor entender.

DATOS DEL CLIENTE

Nombre del cliente

Firma del cliente

Fecha

DATOS DEL CORREDOR

Nombre del corredor

Firma del corredor

Fecha

SOLO PARA USO DE LA ASEGURADORA

Nombre del colaborador que revisa

Firma del colaborador que revisa

Fecha

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

Favor adjuntar los siguientes documentos:

1. Copia de cédula o pasaporte (legible y vigente).
2. Cualquier otro documento que la Compañía de Seguros solicite.