

FORMULARIO CONOCE TU CLIENTE - PERSONA NATURAL

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

PERSONA QUE COMPLETA EL FORMULARIO							
☐	Contratante	☐	Asegurado	☐	Corredor	☐	Pagador
☐	Cía. de Seguros	☐	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: ☐ F ☐ 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 ☐ No ☐ En caso afirmativo favor indicar: Cargo actual o anterior: _____							
2. ¿Es usted un Familiar PEP? Sí ☐ No ☐ 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 ☐ No ☐ 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. ☐ Menos de 10 mil ☐ 10 mil a 30 mil ☐ 30 mil a 50 mil ☐ 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.