

CONOCE A SU CLIENTE – PERSONA NATURAL



Requerimiento según Acuerdo Nro. 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"/> PAGADOR	<input type="checkbox"/> COMPAÑÍA DE SEGUROS	<input type="checkbox"/> BENEFICIARIO
DATOS GENERALES				
Primer nombre:	Segundo nombre:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:	
Fecha de nacimiento:	País de Nacimiento:		Nacionalidad:	
País de Residencia:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Cédula:	Pasaporte:	
Dirección Residencial: País:	Provincia:	Distrito:	Corregimiento:	
Urbanización:	Calle:	Nombre de Edificio:	Nro. de apartamento o casa:	
Teléfono Residencial:	Teléfono Celular:	Correo Electrónico:		
Lugar o lugares (país) donde tributa por sus ingresos:			Número de Identificación Tributario:	
Lugar o lugares (país) donde tributa por sus ingresos:			Número de Identificación Tributario:	
Lugar o lugares (país) donde tributa por sus ingresos:			Número de Identificación Tributario:	
PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE (PEP)				
1. ¿Es usted una Persona Expuesta Políticamente ¹ ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo favor indicar:		Cargo actual o anterior:		
Tipo de PEP: <input type="checkbox"/> Nacional (aplica solo para panameños)		<input type="checkbox"/> Extranjero	<input type="checkbox"/> Organismo Internacional	
2. ¿Es usted un Familiar PEP ² ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo favor indicar:		Nombre del PEP:		
Tipo de PEP: <input type="checkbox"/> Nacional (aplica solo para panameños)		<input type="checkbox"/> Extranjero	<input type="checkbox"/> Organismo Internacional	
¿Cargo del PEP?:		Relación con el PEP: <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hermano		
3. ¿Es usted un Estrecho Colaborador de un PEP ³ ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo favor indicar:		Nombre del PEP:		
Tipo de PEP: <input type="checkbox"/> Nacional (aplica solo para panameños)		<input type="checkbox"/> Extranjero	<input type="checkbox"/> Organismo Internacional	
¿Cargo del PEP?:		Relación con el PEP: <input type="checkbox"/> Socio de Negocios <input type="checkbox"/> Apoderado Financiero <input type="checkbox"/> Relación Cercana		
1: Quien en los últimos dos años desempeño 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.				
PERFIL FINANCIERO				
Favor indicar el rango en dólares al que corresponde su "ingreso" anual aproximado:				
<input type="checkbox"/> Menos de USD 10.000	<input type="checkbox"/> USD 10.001 a USD 30.000	<input type="checkbox"/> USD 30.001 a USD 50.000	<input type="checkbox"/> Más de USD 50.000	
Favor detallar si genera ingresos por otra actividad:				\$:
DATOS LABORALES				
Profesión:	Ocupación:	Nombre de la empresa:		
Dirección Residencial: País:	Provincia:	Distrito:	Corregimiento:	
Urbanización:	Calle:	Nombre de Edificio:	Nro. de apartamento o casa:	
En caso de ser independiente o comerciante favor describir la actividad a la que se dedica:				
"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, Pagador o Beneficiario que completa el formulario bajo su mejor entender.				
Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____				
Favor adjuntar los siguientes documentos: 1. Copia de cédula o pasaporte (legible y vigente). 2. Cualquier otro documento que la Compañía de Seguros solicite.				
Regulado y Supervisado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá.				