

Sección I - Datos Generales Persona Natural (Si se trata de una Persona Jurídica completa la siguiente sección)			
Productos Contratados:			
Tipo de Cliente: Contratante Asegurado			
Favor completar un formulario de Conozca a su cliente adicional: (a) para el Contratante, cuando este sea diferente al Asegurado Principal; y (b) Por cada Asegurado Adicional mayor de edad.			
Nombre(s) y Apellido(s):			Cédula / Pasaporte:
Fecha de Nacimiento:	País de Nacimiento:	Estado Civil:	Sexo:
Edad:	Nacionalidad:	Soltero Casado	M
País de Residencia:		Divorciado Otro:	F
		Viudo	
Dirección Residencial			
Edif. Casa Torre:	Piso Nivel N/A:	Apto. Oficina. N/A:	
País:	Provincia o Estado:	Distrito:	
Urbanización:	Corregimiento:	Punto de Referencia:	
Teléfono de Residencial:	Celular:	Fax:	
Apartado Postal:	E-mail:		
Datos Ocupacionales			
Profesión:	Ocupación	¿Empresa donde Labora?:	Actividad Económica de la Empresa donde labora
			Comercial Industrial
Tiempo que lleva en esta ocupación:	Tipo de Contrato Laboral:		
Breve descripción de sus funciones:			
Ingreso Mensual:	Anualizado:	Detallar otros ingresos:	
Dirección Laboral:	Ave. Calle. Transv.		Apartado Postal:
País:	Provincia o Estado:	Distrito:	
Urbanización:	Corregimiento:	Punto de Referencia:	
Tienes obligaciones Fiscales con un país que no sea Panamá? Si No En caso afirmativo detalle el(los) País(es):			
Tax Identification Number de E.E.U.U. (solo si aplica):			
Persona Expuesta Políticamente			
Las personas políticamente expuestas son aquellas que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas en un país extranjero o en su propio país, por ejemplo, Jefes de Estado o de un gobierno, políticos de alta jerarquía, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos de empresas estatales, funcionarios importantes de partidos políticos.			
Es usted es una Persona Expuesta Políticamente (PEP) indique:		De ser una Persona Expuesta Políticamente, indique tipo:	
Sí No		Directo Relacionado	
Si usted es un Persona Políticamente Expuesta (PEP) Relacionada detalle tipo de relación:			
Hermano(a) Cónyuge Hijo(a) Madre Padre Estrecho colaborador Persona allegada			
Nombre y Apellidos:	Cargo:	Fecha de Inicio en el Cargo:	Fecha Culminación Cargo:
Perfil Financiero			
Declaración de Fuente y origen de recursos de la transacción:			
Declaro que todas mis actividades las ejerzo dentro de las normas legales y que los recursos utilizados para el pago de los seguros en mención, provienen de las siguientes fuentes:			
Propósito y carácter de la relación comercial:	Empleo o Situación Laboral:		
	Asalariado Dependiente Independiente		
Declaro que la información contenida en este formulario es verdadera, completa y proporciona la información de modo confiable y actualizado de todos los aspectos sobre los cuales se han hecho las preguntas. Declaro que las razones de las transacciones intentadas o por ejecutar relacionadas al presente seguro, provienen de una fuente lícita y no tiene relación alguna con capitales, bienes, o beneficios derivados de las actividades ilícitas o de los delitos de Blanqueo de Capitales.			

Información Financiera para Persona Natural				
Ingresos anuales actividad principal	Menos de 10 mil US\$	10 mil a 30 mil US\$	30 mil a 50 mil US\$	Más de 50 mil US\$
Ingresos anuales por otras actividades	Menos de 10 mil US\$	10 mil a 30 mil US\$	30 mil a 50 mil US\$	Más de 50 mil US\$
¿Usted realizará transacciones a través de Transferencias ? Si No				
Recibidas:				
Locales:	Si	No		
Internacionales:	Si	No	País donde se origina la Transferencia:	
Enviadas:				
Locales:	Si	No		
Internacionales:	Si	No	País Destino Final de la Transferencia:	
Sección II - Datos Generales Persona Jurídica (Si usted es una persona natural omitir esta sección y dirijase a la sección de firma)				
Productos Contratados:				
Tipo de Cliente: Contratante Asegurado				
Favor completar un formulario de Conozca a su cliente adicional: (a) para el Contratante, cuando este sea diferente al Asegurado Principal; y (b) Por cada Asegurado Adicional mayor de edad.				
Nombre Comercial o Razón Social:			Número de Identificación Fiscal (RUC,RIF,NIF,NIT,TIN,RCN):	
País de Constitución:		Tipo de Actividad Económica:		
Fecha de Constitución:		Domicilio:	Dirección:	
Relación Contractual con un Estado: Si No		Teléfono:	Estructura Jurídica: Sociedad Anónima Cooperativas Fundación de Interés Privado Fundación sin fines de lucro Colegio Organismo Internacional Iglesias Embajada o Consulados Sociedad Civil	
Tipo de Sociedad: Operativa No Operativa		Datos del Registro Público:	Propósito y carácter de la relación comercial:	
N° de Aviso de Operaciones:				
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 las preguntas.				
Información Financiera para Persona Jurídica				
Ingresos anuales actividad principal	Menos de 250 mil US\$	250 mil a 1 millón US\$	1 millón a 10 millones US\$	Más de 10 millones US\$
Ingresos anuales por otras actividades	Menos de 250 mil US\$	250 mil a 1 millón US\$	1 millón a 10 millones US\$	1 millón a 10 millones US\$
¿Usted realizará transacciones a través de Transferencias ? Si No				
Recibidas:				
Locales	Si	No		
Internacionales	Si	No	País donde se origina la Transferencia:	
Enviadas:				
Locales	Si	No		
Internacionales	Si	No	País Destino Final de la Transferencia:	
Nombre y Apellido del Representante Legal:		N° Cédula o Pasaporte:	Teléfono:	
Dirección Residencial:		Sexo:	Correo:	
Nombre y Apellido del Agente Residente:		N° Cédula o Pasaporte:	Teléfono:	
Dirección Residencial:		Sexo:	Correo:	
Indique si el Representante Legal, Apoderados o la Sociedad misma son o han sido objeto de investigación, indagación o condena por actividades ilícitas, o delitos de lavado o blanqueo de dinero o financiamiento de terrorismo. En caso afirmativo, explique: Si No				

Directores						
Nombre	N° Cédula o Pasaporte	Dirección Residencial:	PEP ¿Sí o No?	Fecha de Inicio	Fecha de Inicio	
Dignatarios						
Nombre	N° Cédula o Pasaporte	Dirección Residencial:	PEP ¿Sí o No?	Fecha de Inicio	Fecha de Inicio	
Accionistas						
Nombre	N° Cédula o Pasaporte	Dirección Residencial:	Porcentaje de Acciones	PEP ¿Sí o No?	Fecha de Inicio	Fecha de Inicio
Beneficiarios del Seguro						
Nombre	N° Cédula o Pasaporte	Dirección Residencial:	PEP ¿Sí o No?	Fecha de Inicio	Fecha de Inicio	
Observación: Información Financiera aplicable para Jurisdicciones Alto riesgo, PEPS y actividades económicas Alto Riesgo (Fundaciones, ONG, Zona Franca)						
Ingresos						
Fuente y Origen del Patrimonio:			Propios Terceros			
Ingresos Fijos (indique el monto):	Forma en que son recibidos los Ingresos Fijos: Efectivo Cheque ACH Transferencia Internacional		País de origen de los ingresos fijos: Local Extranjero (Indique país):		Frecuencia en que recibe los ingresos fijos: Semanal Quincenal Mensual	
Ingresos Fijos (indique el monto):	Forma en que son recibidos los Ingresos Fijos: Efectivo Cheque ACH Transferencia Internacional		País de origen de los ingresos fijos: Local Extranjero (Indique país):		Frecuencia en que recibe los ingresos fijos: Semanal Quincenal Mensual	
Ingresos Variables (indique el monto):	Forma en que son recibidos los Ingresos Variables: Efectivo Cheque ACH Transferencia Internacional		País de origen de los ingresos variables: Local Extranjero (Indique país):		Frecuencia en que recibe los ingresos fijos: Semanal Quincenal Mensual	
Lugar y Fecha	Nombre del Contratante/Asegurado		Firma del Contratante/ Asegurado			
Datos del Corredor						
Nombre o Razón Social:			N° de Licencia:			
Firma del Corredor:			Fecha:			
Solo para uso de la Empresa Aseguradora						
Nombre y Apellido del colaborador que revisa:						
Cargo/Ocupacion			Firma			