

Acuerdo No. 03 de 24 de Noviembre de 2022 de la Junta Directiva de la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá						
La información suministrada en este formulario debe ser completada en letra legible, sin tachones, de forma precisa y verídica. Favor completar un formulario adicional, para cada tipo de consumidor de servicio de seguros, cuando este se trate de distintas personas y por cada asegurado adicional mayor de edad.						
Tipo de Consumidor del Servicio de Seguros: <input type="checkbox"/> Contratante <input type="checkbox"/> Asegurado <input type="checkbox"/> Beneficiario de la Póliza <input type="checkbox"/> Pagador <input type="checkbox"/> Otro Indique: _____						
DATOS GENERALES						
Tipo de receptor de la factura electrónica: <input type="checkbox"/> Contribuyente <input type="checkbox"/> Gobierno <input type="checkbox"/> Extranjero						
Nombre de Razón Social:			Nombre Comercial:			
País de Constitución:		Número de Identificación Fiscal (RUC,RIF,NIF,NIT,TIN,RCN): DV:		Fecha de Constitución:		
Actividad Económica:						
Sitio web:		Correo electrónico:			Teléfonos:	
Tipo de Sociedad: <input type="checkbox"/> Operativa <input type="checkbox"/> No Operativa				N° de Aviso de Operación:		
Dirección:	País	Provincia	Distrito	Corregimiento	Calle	Edificio/local
Estructura Jurídica: <input type="checkbox"/> Sociedad Anónima <input type="checkbox"/> Cooperativas <input type="checkbox"/> Fundación de Interés Privado <input type="checkbox"/> Fundación sin fines de lucro <input type="checkbox"/> Colegio						
<input type="checkbox"/> Organismo Internacional <input type="checkbox"/> Iglesias <input type="checkbox"/> Embajada o Consulados <input type="checkbox"/> Sociedad Civil						
Propósito y carácter de la relación comercial:				Relación Contractual con un Estado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
País (es) donde tributa ingresos:				N° de Identificación (es) Tributaria (s):		
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						
Ingresos Actividad principal		B/. _____ <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual				
Ingresos por otras Actividades		B/. _____ <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual				
¿Usted realizará transacciones a través de Transferencias? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
Fuente y Origen del Patrimonio:						
País de origen de los ingresos fijos: <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Extranjero (Indique el país): _____						
REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO						
Nombre Completo:			N° Cédula o Pasaporte:		Teléfono:	
Dirección Residencial:			Género:	Correo:		
AGENTE RESIDENTE						
Nombre Completo:			N° Cédula o Pasaporte:		Teléfono:	
Dirección Residencial:			Género:	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. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, explique: _____						

DIRECTORES Y DIGNATARIOS

Nombre	N° Cédula o Pasaporte	Fecha de Nacimiento	Cargo	Nacionalidad	Dirección Residencial

ACCIONISTAS

Que posean el 10% o más de participación en el capital social de empresa. En el caso que los accionistas sean personas jurídicas, completar hasta llegar a la persona natural.

Nombre	N° Cédula o Pasaporte	Fecha de Nacimiento	% de Acciones	Nacionalidad	Dirección

ADMINISTRADORES

Nombre	N° Cédula o Pasaporte	Fecha de Nacimiento	Nacionalidad	Dirección

BENEFICIARIO DEL SEGURO

Nombre	Cédula o Pasaporte	Fecha de Nacimiento	Nacionalidad	Dirección

PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE (PEP)

¿Es alguno de los miembros de esta Sociedad una Persona Políticamente Expuesta? Si No En caso afirmativo completar los siguientes datos:

Cargo dentro de la Sociedad (Director, Dignatario, representante o apoderado legal, socios, accionistas o beneficiarios): _____.

Cargo PEP (del directo o del relacionado): _____.

En caso de ser PEP Relacionado (Familiar PEP o Estrecho Colaborado) completar los siguientes datos:

Nombre del PEP (relacionado): _____ Relación: _____

FECHA	NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

DATOS DEL CORREDOR

Nombre o Razón Social:	N° de Licencia:
Firma del Corredor:	Fecha:

SOLO PARA USO DE LA ASEGURADORA

Nombre del Colaborador que valida:	Cargo:
------------------------------------	--------

El Colaborador que recibe la documentación es responsable de:

- Validar que el formulario este completo y de forma correcta
 Validación en Listas de Vigilancia
 Validación de Consultas en fuentes de información abierta (Google, OJ)
- Validación de entrega de documentos de respaldo según políticas internas