

**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:  Contratante  Asegurado  Beneficiario de la Póliza  Pagador  Otro Indique: \_\_\_\_\_

**DATOS GENERALES**

Tipo de receptor de la factura electrónica:  Contribuyente  Gobierno  Extranjero

Nombre de Razón Social: \_\_\_\_\_ Nombre Comercial: \_\_\_\_\_

País de Constitución: \_\_\_\_\_ Número de Identificación Fiscal (RUC,RIF,NIF,NIT,TIN,RCN): \_\_\_\_\_ Fecha de Constitución: \_\_\_\_\_  
DV: \_\_\_\_\_

Actividad Económica: \_\_\_\_\_

Sitio web: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfonos: \_\_\_\_\_

Tipo de Sociedad:  Operativa  No Operativa N° de Aviso de Operación: \_\_\_\_\_

Dirección: País \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Distrito \_\_\_\_\_ Corregimiento \_\_\_\_\_ Calle \_\_\_\_\_ Edificio/local \_\_\_\_\_

Estructura Jurídica:  Sociedad Anónima  Cooperativas  Fundación de Interés Privado  Fundación sin fines de lucro  Colegio

Organismo Internacional  Iglesias  Embajada o Consulados  Sociedad Civil

Propósito y carácter de la relación comercial: \_\_\_\_\_ Relación Contractual con un Estado:  Sí  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/. \_\_\_\_\_  Mensual  Anual

Ingresos por otras Actividades B/. \_\_\_\_\_  Mensual  Anual

¿Usted realizará transacciones a través de Transferencias?  Sí  No

Fuente y Origen del Patrimonio: \_\_\_\_\_

País de origen de los ingresos fijos:  Local  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.  Sí  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