

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.			
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			
Nombre(s) y Apellido(s):			Cédula / Pasaporte:
Fecha de Nacimiento:	País de Nacimiento:	Nacionalidad:	País de Residencia:
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Otro:		Género: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Dirección Residencial:			
Edificio/Torre		Piso	Nº Casa
Calle			
País:	Provincia:	Distrito:	Corregimiento:
Punto de referencia:			
Teléfono de Residencial:		Nº Celular:	Teléfono de Oficina:
Apartado Postal:		E-mail:	
DATOS LABORALES			
Declaro que los recursos utilizados para el pago de los seguros contratados, provienen de las siguientes fuentes:			
Profesión:	Ocupación Actual:	Actividad Económica de la Empresa donde labora <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> Entidad del Estado	
Tiempo que lleva en esta ocupación:		Empleo o Situación Laboral: <input type="checkbox"/> Asalariado <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Independiente	
Nombre de la empresa donde Labora:			
En caso de ser Independiente o Comerciante, describir su actividad:			
Dirección Laboral:			
Avenida, Calle, Local, Edificio, Urbanización			
País:	Provincia o Estado:	Distrito:	Corregimiento:
Lugar (es) donde tributa sus ingresos: _____, _____, _____			
Nº de Identificación(es) Tributaria(s):		Tax Identification Number de E.E.U.U. (solo si aplica):	
PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE (PEP)			
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: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		De ser una Persona Expuesta Políticamente, indique tipo: Directo <input type="checkbox"/> Relacionado <input type="checkbox"/>	
Si usted es una Persona Políticamente Expuesta (PEP) Relacionada detalle tipo de relación: <input type="checkbox"/> Hermano(a) <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Estrecho colaborador <input type="checkbox"/> Persona allegada			
Nombre y Apellidos del PEP en caso de ser relacionado		Cargo del PEP:	Fecha de Inicio en el Cargo: Fecha Culminación Cargo:
PERFIL FINANCIERO			
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		País de origen de los ingresos fijos: <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Extranjero (Indique el país): _____	
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.			
FIRMA DEL CONSUMIDOR DEL SERVICIO DE SEGUROS		FECHA DE FIRMA (dd/mm/aa)	
DATOS DEL CORREDOR (Cuando aplique)			
Nombre o Razón Social:		Nº 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:			
<input type="checkbox"/> Validar que el formulario este completo y de forma correcta		<input type="checkbox"/> Validación en Listas de Vigilancia	
<input type="checkbox"/> Validación de entrega de documentos de respaldo según políticas internas		<input type="checkbox"/> Validación de Consultas en fuentes de información abierta (Google, OJ)	