

| | | | |
|---|---|--|---|
| 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 Consultas en fuentes de información abierta (Google, OJ) <input type="checkbox"/> Validación de entrega de documentos de respaldo según políticas internas | | | |