



Seguros

## FORMULARIO CONOZCA A SU CLIENTE - PERSONA NATURAL

Requerimiento según Acuerdo No.3 del 22 de nov. de 2022 BC/FT/FPADM.

### Persona que completa el formulario:

Contratante     Asegurado     Corredor de Seguros     Pagador     Beneficiario

#### Datos generales

Apellido: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
1er 2do 1er 2do

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ País de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

Nacionalidad: \_\_\_\_\_ País de Residencia: \_\_\_\_\_ Género:  F  M

Cédula: \_\_\_\_\_ Pasaporte: \_\_\_\_\_

Dirección Residencial: \_\_\_\_\_  
(País, Provincia, Distrito, Corregimiento, Urbanización, Calle, Nombre de Edificio, # de apartamento o casa)

Número telefónico: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Celular Residencial

Lugar o lugares (país) donde tributa por sus ingresos: \_\_\_\_\_

Número de Identificación Tributario: \_\_\_\_\_

#### Persona expuesta políticamente (PEP)

1- ¿Es usted una persona Expuesta Políticamente<sup>1</sup>?  Sí  No En caso afirmativo favor indicar: \_\_\_\_\_

Cargo actual o anterior: \_\_\_\_\_

2- ¿Es usted o un familiar PEP<sup>2</sup>?  Sí  No En caso afirmativo favor indicar: \_\_\_\_\_

Nombre del PEP: \_\_\_\_\_ Cargo del PEP: \_\_\_\_\_

Relación con el PEP: \_\_\_\_\_

3- ¿Es usted un estrecho colaborador de un PEP<sup>3</sup>?  Sí  No En caso afirmativo favor indicar: \_\_\_\_\_

Nombre del PEP: \_\_\_\_\_ Cargo del PEP: \_\_\_\_\_

Relación con el PEP: \_\_\_\_\_

#### Perfil Financiero

Favor indicar el rango en balboas al que corresponde su "ingreso" anual aproximado.

Menos de 10 mil     10 mil a 30 mil     30 mil a 50 mil     Más de 50 mil

Favor detallar si genera ingresos por otra actividad: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

#### Datos Laborales

Profesión: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Nombre de la empresa: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
(País, Provincia, Distrito, Corregimiento, Urbanización, Calle, Nombre de Edificio, # de apartamento o casa)

En caso de ser independiente o comerciante favor describir la actividad a la que se dedica:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Quien en los últimos dos años desempeñó o ha desempeñado funciones públicas destacadas a nivel nacional o en el extranjero (ej.: jefe de estado o gobierno, políticos, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos de empresas estatales, funcionarios importantes de partidos políticos).

<sup>2</sup> Únicamente el cónyuge, los padres, los hermanos y los hijos de una Persona Expuesta Políticamente.

<sup>3</sup> Persona conocida por su íntima relación con respecto a la persona expuesta políticamente, esto incluye a quienes están en posición de realizar transacciones financieras, comerciales o de cualquier naturaleza, ya sean locales e internacionales, en nombre de la persona expuesta políticamente.



## FORMULARIO CONOZCA A SU CLIENTE - PERSONA NATURAL

“Yo, como firmante otorgo mi consentimiento para que cuando sea necesario y requerido, las partes de la relación contractual, puedan acceder, usar, compartir, tratar y/o custodiar mis datos personales y sensibles, incluyendo imágenes de mis documentos de identidad personal, para los propósitos relacionados a temas de las actividades comerciales y servicios financieros, por lo cual, acepto y reconozco que todos mis datos personales están amparados por los derechos ARCO (Acceso, Rectificación, Cancelación, Oposición y/o Portabilidad) en cumplimiento con la Ley de Seguros vigente junto a la Ley de Protección de Datos Personales y con su Reglamento vigente en la República de Panamá.”

**Firma del Contractante, Asegurado, Corredor de Seguros, Pagador o Beneficiario que completa el formulario bajo su mejor entente.**

---

Nombre

---

Firma

---

Fecha

**Favor adjuntar los siguientes documentos:**

- 1- Copia de cédula o pasaporte (legible y vigente).
- 2- Cualquier otro documento que la Compañía de Seguros solicite.