



Cía. Internacional de Seguros, S.A.

FORMULARIO ÚNICO PARA SUJETOS REGULADOS - No.1

Política Conozca a su Cliente - Persona Natural

Acuerdo No. 03 de Junta Directiva de la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá, de 27 de julio de 2015.

FUPERN - SSRP (BC/FT/FPADM)

Este formulario debe ser completado en letra imprenta, de forma precisa, verídica, y sin tachones, ni borrones, por todos los que lo diligencien. Complete con líneas o rayas los espacios en blanco, que no apliquen o que no tengan información. La información suministrada en este documento será de estricta confidencialidad, para uso de control interno y solo se proporcionará a las autoridades competentes por razón de algún tipo de investigación o por un reporte de operación sospechosa. La información que se solicita, verifica y actualiza es importante porque forma parte de su contrato de seguros.

DATOS GENERALES

Primer Nombre		Segundo Nombre		Apellido Paterno	
Apellido Materno		Apellido de Casada/o			
Fecha de Nacimiento		Cédula / Pasaporte			
Estado Civil		Sexo			
Nacionalidad		País de Residencia			
Apartado Postal		Dirección Residencial			
Teléfono Residencial		Celular			
Correo Electrónico Personal					

DATOS OCUPACIONALES

Profesión		Ocupación	
Nombre de la Empresa		Dirección de la Empresa	
Teléfono		Fax	
Correo Electrónico			

PERSONA POLÍTICAMENTE EXPUESTA

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 una Persona Políticamente Expuesta? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Cargo actual o anterior:
---	--------------------------

DECLARACIÓN

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 PREGUNTAS.

PÓLIZAS CON PRIMA ANUAL, IGUAL O MAYOR A B/. 10,000.00

El total de las primas anuales que Usted paga, son iguales o superan los B/. 10,000.00 Si No

* Si su respuesta es afirmativa, proceda a contestar las siguientes preguntas; si la misma es negativa dirijase a la casilla de firma del cliente.

DECLARACIÓN DE FUENTE Y ORIGEN DE RECURSOS DE LA TRANSACCIÓN

DECLARO QUE TODAS MIS ACTIVIDADES LAS EJERZO DENTRO DE LAS NORMAS LEGALES Y QUE LOS RECURSOS UTILIZADOS PARA EL PAGO DE LOS SEGUROS EN MENCIÓN, PROVIENEN DE LAS SIGUIENTES FUENTES:

(Detalle Actividad Comercial ó Negocio) _____

PERFIL FINANCIERO

Ingresos anuales actividad principal Menos de 10 mil US\$ 10 mil a 30 mil US\$ 30 mil a 50 mil US\$ Más de 50 mil US\$
Ingresos anuales por otras actividades Menos de 10 mil US\$ 10 mil a 30 mil US\$ 30 mil a 50 mil US\$ Más de 50 mil US\$

REFERENCIAS (1- Personal, 2- Bancaria, 3-Comercial)

Nombre o Razón Social	Actividad	Relación con el Cliente	Teléfono de contacto
1			
2			
3			

DOCUMENTOS DE IDENTIDAD PERSONAL (Cotejar):

Si No Para Nacionales: Favor incluya copia de su cédula de identidad personal.
Para Extranjeros: Favor incluya copia de su pasaporte o documento equivalente que acredite su estancia legal en el país.

Nota: Los documentos requeridos podrán aumentar de acuerdo a las evaluaciones realizadas en la I.S.

Firma del Cliente		Fecha	
-------------------	--	-------	--

DATOS DEL CORREDOR:

Nombre o Razón Social		Nº Licencia	
Firma del Corredor		Fecha	

SOLO PARA USO DE LA EMPRESA ASEGURADORA

Nombre y Apellido del funcionario que revisa			
Cargo/ Ocupación		Firma	