

FORMULARIO DESIGNACIÓN DE FIRMANTE AUTORIZADO**Persona Natural**

Austrobank Overseas (Panamá), S.A.

Por este medio, yo, _____, con número de identidad personal o pasaporte _____, titular de la cuenta número _____, y siendo esta un tipo de cuenta _____ a partir de la fecha autorizo a _____

con número de identidad personal o pasaporte _____ para que registre su firma como persona autorizada para manejar la cuenta de depósito antes indicada, y en consecuencia, pueda efectuar depósitos, realizar retiros parciales o totales, tener acceso al servicio de Banca en Línea, y cualquier otra aplicación que el banco ponga a disposición, según se detalla más adelante.

La presente autorización se mantendrá vigente hasta que expresamente notifique a Austrobank Overseas (Panamá), S.A., por escrito, su revocatoria, y hago constar que relevo a Austrobank Overseas (Panamá), S.A. de cualquier responsabilidad, daño o perjuicio que pueda ocasionarme la utilización indebida de los servicios y facilidades arriba indicados por parte de la persona a la que he autorizado en este documento.

La firma de _____ figura al pie del presente formulario, de la que se servirá tomar la debida nota para efectos de autorización.

Firma del Titular Principal

Número de identificación / Pasaporte

1. PERFIL DE DATOS**1.1. INFORMACIÓN PERSONAL**

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Apellido de Casada
Tipo de identificación		Nro de Identificación		Fecha Expiración ID
Cédula	Pasaporte			
Expedida en (País)	Nacionalidad	Otra Nacionalidad		Fecha de Nacimiento
País de Nacimiento	Sexo	Estado Civil	Profesión	Residencia
País de Residencia	Provincia / Estado		Corregimiento / Distrito / Barrio / Parroquia	
Avenida / Calle / Urbanización		# Casa / Apartamento		Teléfono Residencial
Celular			Correo Electrónico	
Asalariado	Jubilado	Independiente	Otro	
Empresa donde trabaja	Fecha de Inicio	Actividad Económica a la que se Dedicar		
Posición o Cargo que Desempeña	Ingresos Mensuales (USD)	Otros Ingresos (USD)		
Correo Electrónico del Trabajo		Fuente de Otros Ingresos		

Dirección Oficina / Negocio Particular

País

Teléfono Oficina con código país

Provincia / Estado

1.2. DATOS DEL CONYUGUE

Nombres	Apellidos Paterno	Apellidos Materno
Nro. de identificación	Expedida en (País)	País de nacimiento
Otra Nacionalidad	Fecha de nacimiento (DD/MM/YYYY)	

REFERENCIAS PERSONALES

Parentesco	Nombre Completo	Dirección	Celular / Teléfono
Familiar (que no viva con usted)			
Amistad (que no viva con usted)			
Comercial			

Desea Tarjeta Débito Si No

**Nombre que desea impreso en su
Tarjeta VISA Débito:**

Desea Banca en Línea Si No

Correo electrónico:

1.2. PERSONAS POLÍTICAMENTE EXPUESTAS (PEP'S)

- | | | |
|--|----|----|
| 1. ¿Ha sido usted o cualquier miembro de su familia inmediata, funcionario de alta jerarquía en el gobierno (Ejecutivo, legislativo, administrativo, militar y/o judicial, nacional o extranjero)? | Si | No |
| 2. ¿Ha sido usted ejecutivo de alta jerarquía en una empresa propiedad del sector público? | Si | No |
| 3. ¿Algún familiar o asociado cercano ha sido funcionario de alto perfil en algún gobierno? | Si | No |

Si respondió afirmativamente a cualesquiera de la preguntas anteriores, indique el nombre y parentesco o relación con el titular:

Cargo que desempeña o desempeñó

entidad del gobierno donde labora o laboró

periodo desde

hasta

***En caso afirmativo**, favor completar el formulario de Debida Diligencia Ampliada para Personas Políticamente Expuestas (PEP's).

CERTIFICACIÓN FATCA / CRS

¿Tiene usted otras nacionalidades?	Si	No	¿Es usted una persona de los EE.UU. o US Person?	Si	No		
En caso afirmativo, indique el país:			Identificación Tributaria-TIN				
1.-			¿Tiene obligación tributaria en otro país?			Si	No
2.-			¿Cuál?				
3.-							
Mantiene una dirección física o teléfono o dirección postal registrada en los EEUU				Si	No		
En caso afirmativo, favor detallar:							
El término Persona de EE.UU. o "US Person" significa: A) Un ciudadano o un residente de los Estados Unidos, B) Una asociación o corporación doméstica de los EE.UU., C) Cualquier estado (de los Estados Unidos), D) Cualquier Fideicomiso si: 1) Un tribunal dentro de los Estados Unidos es capaz de ejercer supervisión primaria sobre la administración del Fideicomiso, 2) Una o más personas de los Estados Unidos tienen la autoridad para controlar todas las decisiones importantes del Fideicomiso.							

2. CONVENIO CLIENTE - BANCO

1. La información suministrada en el presente, está sujeta a revisión por parte de EL BANCO, por lo que de requerirse alguna información o documentación adicional, será solicitada a EL CLIENTE y/o la persona autorizada, quedando estos obligados a suministrarla. Si dicha información o documentación no es recibida, la persona autorizada no podrá utilizar la cuenta ni productos relacionados.

2. Bajo la gravedad de juramento, el suscrito firma el presente FORMULARIO, y declara que toda la información suministrada es verdadera y así mismo, ACEPTA el CONTRATO DE SERVICIOS BANCARIOS que RECONOCE Y DECLARA haber leído, entendido y recibido por los medios que EL BANCO ha puesto a su disposición y SE ADHIERE a todos los términos y condiciones contenidos en el mismo. Lo anterior sin perjuicio de aquellos productos solicitados que requieran la firma de un contrato o documento por separado.

3. DECLARACIÓN JURADA

Yo, _____ identificado con la cédula de identidad / Pasaporte _____
actuando de mi propio nombre, libre y voluntariamente declaro bajo la gravedad de juramento a
Uds. lo siguiente:

Que todos los datos suministrados con relación a mi información personal, comercial, financiera son verídicos, y que los fondos no provienen ni serán destinados para actividades ilícitas, tales como las previstas en las leyes, acuerdos, reglamentos y/o cualesquiera otras normas, sean de carácter nacional y/o internacional que sean o lleguen a ser aplicables en la República de Panamá, especialmente aquellas relativas al blanqueo de capitales, financiamiento del terrorismo y el financiamiento de la proliferación de armas de destrucción masiva.

Autorizo expresamente a AUSTROBANK OVERSEAS (PANAMÁ), S.A., en adelante EL BANCO, para corroborar la veracidad de la información aquí suministrada y a obtener cualquier explicación necesaria relativa a esta declaración. Declaro que la firma que aparece en este documento y en mi documento de identificación es la misma que utilizo para el manejo de todas mis cuentas y transacciones comerciales.

Me obligo a notificar de manera inmediata a EL BANCO, cualquier cambio que ocurra en alguno de mis datos. Acepto que la cuenta sea regida por el contrato de Servicios Bancarios vigente en Austrobank Overseas (Panamá), S.A. y todas las enmiendas que en el futuro sean aplicadas a dicho reglamento.

FIRMA AUTORIZADA

Nombre

Firma



No. de Cédula / Pasaporte

Lugar y Fecha

4. PARA USO INTERNO DEL BANCO

Confirmando que según nuestro leal saber y entender, la información anterior es verdadera y ha sido verificada. También confirmo que el Carácter, Integridad y Reputación del cliente(s) se ajustan a las normas de **Austrobank Overseas (Panamá) S.A.** y a sus políticas y procedimientos para prevenir el Blanqueo de Capitales y Financiamiento de Terrorismo y otros tipos de actividades Criminales Adicionalmente en el supuesto de que reciba información inconsistente con dichas normas, informaré de inmediato a la Gerencia del Banco.

Asesor de Referencia

Nombre:

Firma:

Fecha:

Formalización / Oficial de Negocio [Panamá]

Nombre:

Firma:

Fecha:

Revisión Cumplimiento

Nombre:

Firma:

Fecha:

Aprobación Operaciones

Nombre:

Firma:

Fecha: