


| | |
|--|---|
|  | <div>FORMULARIO ÚNICO PARA SUJETOS REGULADOS - No.1</div> <div>Política Conozca a su Cliente - Persona Natural</div> <div>Acuerdo No. 03 de Junta Directiva de la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá, de 27 de julio de 2015.</div> <div>FUPERN - SSRP</div> <div>(BC/FT/FPADM)</div> |
|--|---|

| DATOS GENERALES | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|--|
| Primer Nombre | | Segundo Nombre | |
| 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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| * 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 <input type="checkbox"/> Menos de 10 mil US\$ <input type="checkbox"/> 10 mil a 30 mil US\$ <input type="checkbox"/> 30 mil a 50 mil US\$ <input type="checkbox"/> Más de 50 mil US\$ Ingresos anuales por otras actividades <input type="checkbox"/> Menos de 10 mil US\$ <input type="checkbox"/> 10 mil a 30 mil US\$ <input type="checkbox"/> 30 mil a 50 mil US\$ <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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. |
|--|

| | | | |
|-------------------|--|-------|--|
| 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 | |