



Esta solicitud debe ser llenada con letra legible o preferiblemente a computadora, sin tachones, en forma completa, amplia y exacta, de lo contrario, podrá ser rechazada.

PERSONA QUE COMPLETA EL FORMULARIO

Contratante Asegurado Intermediario Tercero Beneficiario

DATOS GENERALES

Apellido: _____ 1er _____ 2do _____ Nombre: _____ 1er _____ 2do _____

Fecha de Nacimiento: Día/ Mes/ Año/ País de Nacimiento: _____

Género: M F Nacionalidad: _____ País de Residencia: _____

Cédula / Pasaporte: _____ Celular: _____ Tel. Residencia: _____

Dirección Residencial: (País, Provincia, Barrio, Calle, Casa o Edificio) _____

E-mail: _____

Lugar (es) donde tributa (país): _____ No. NIT/RUC/TIN/RIF: _____

PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE (PEP)

¿Es usted una persona expuesta políticamente (PEP)¹? Si No ¿Es usted un Familiar² o estrecho colaborador³ PEP? Si No
En caso de afirmativo, explique: _____ En caso de afirmativo, explique: _____

Cargo actual o anterior: _____ Nombre del PEP: _____
Cargo del PEP: _____
Relación con el PEP: _____

PERFIL FINANCIERO DE PERSONA NATURAL

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

Menos de 10 mil USD anual De 10 mil a 30 mil USD anual De 30 mil a 50 mil USD anual Más 50 mil USD anual

Favor detallar si genera ingresos por otra actividad: _____

Indetifique si usted ha sido objeto de investigación o condena por actividades ilícitas, o delitos de lavado o blanqueo de capitales o financiamiento de terrorismo. Si No

En caso de afirmativo, explique: _____

DATOS LABORALES

Profesión/Actividad Económica: _____ Ocupación Actual: _____ Empresa donde Trabaja: _____
(En caso de ser independiente o comerciante, describir la actividad a la que se dedica)

Dirección Laboral: (País, Provincia, Barrio, Calle, Casa o Edificio) _____

"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 a la Ley de Protección de Datos Personales y con su Reglamento vigente en la República de Panamá."

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.

¹ 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.

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

³ 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.