



Compañía de Seguros, S.A.

## FORMULARIO CONOCE TU CLIENTE – PERSONA NATURAL

PA-CUM-F-1. V2

Requerimiento según Acuerdo No.3 del 24 de nov. de 2022 BC/FT/FPADM. Aplica para pólizas con prima anual igual o mayor a B/.10,000.00

### Persona que completa el Formulario:

Contratante  Asegurado  Corredor  Pagador  Cía. de Seguros  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)

¿Es usted una Persona Expuesta Políticamente<sup>1</sup> o Familiar PEP<sup>2</sup> o Estrecho colaborador de un PEP<sup>3</sup>?  Sí  No.

En caso afirmativo favor detallar: \_\_\_\_\_

### 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:

### 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

¿Genera ingresos por otra actividad?  Sí  No. Si la respuesta es sí, favor indicar monto B/. \_\_\_\_\_

Detallar actividad: \_\_\_\_\_

"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 Contratante, Asegurado, Corredor de Seguros, Pagador o Beneficiario que completa el formulario bajo su mejor entender.**

Nombre

Firma

Fecha

Favor adjuntar los siguientes documentos: copia de cédula o pasaporte (legible y vigente) y cualquier otro documento que la Compañía de Seguros solicite.

<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.