

Requerimiento según Acuerdo No.3 del 22 de nov. de 2022 BC/FT/FPADM. Aplica para cliente/póliza 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: _____ 1er _____ 2do _____ Nombre: _____ 1er _____ 2do _____
 Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ Día Mes Año País de nacimiento: _____
 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: _____ / _____ Celular Residencial Correo electrónico: _____
 Lugar o lugares (país) donde tributa por sus ingresos: _____
 Número de Identificación Tributario: _____

PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE (PEP)

1. ¿Es usted una Persona Expuesta Políticamente¹? Sí No. En caso afirmativo favor indicar:
 Cargo actual o anterior: _____
 2. ¿Es usted un Familiar PEP²? Sí No. En caso afirmativo favor indicar:
 Nombre del PEP: _____ Cargo del PEP: _____
 Relación con el PEP: _____
 3. ¿Es usted un Estrecho Colaborador de un PEP³? Sí No. En caso afirmativo favor indicar:
 Nombre del PEP: _____ Cargo del PEP: _____
 Relación con el PEP: _____

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
 Favor detallar si genera ingresos por otra actividad: _____ \$ _____.

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: _____

"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
--------	-------	-------

Nota aclaratoria: se solicitará este formulario para los consumidores de servicios de seguros y/o roles señalados en la parte superior que, según su nivel de riesgo y políticas de Acerta Compañía de Seguros, S.A. deban completarlo.

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.