acerta

FORMULARIO CONOCE TU CLIENTE – PERSONA NATURAL

Requerimiento según Acuerdo No.3 del 24 de nov. de 2022 BC/FT/FPADM.

Persona que completa el Formulario:

☐ Contratante ☐ Asegurado ☐ Corredor de Seguros ☐ Pagador ☐ 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)

1. ¿Es usted una Persona Expuesta Políticamente[1]? Sí ☐ No ☐. En caso afirmativo favor indicar:

Cargo actual o anterior: _____

2. ¿Es usted un Familiar PEP[2]? 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 PEP[3]? 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."
"De llegar a encontrarse alguna condición que cambie el nivel de riesgo del cliente se solicitará información adicional para la correspondiente evaluación y aplicación de políticas".
"La persona que completa y/o quien firma / usuario del presente documento o aplicativo se hace responsable de la información suministrada".

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

_____ _____ _____
Nombre Firma Fecha

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.

Favor adjuntar los siguientes documentos:
1. Copia de cédula o pasaporte (legible y vigente).
2. Cualquier otro documento que la Compañía de Seguros solicite.

_____