acerta

FORMULARIO CONOCE TU CLIENTE – PERSONA NATURAL

Requerimiento según Acuerdo vigente de BC/FT/FPADM y Ley 23 de 2015.

Persona que completa el Formulario:

☐ Contratante ☐ Asegurado ☐ Corredor de Seguros ☐ Pagador ☐ 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 Políticamente[1]? Sí ☐ No ☐ En caso afirmativo favor indicar:

   Cargo actual o anterior: _____ Período: _____

   Fecha de culminación del cargo: _____

2. ¿Es usted un Familiar PEP[2] o Estrecho Colaborador de un PEP[3]? Sí ☐ No ☐ En caso afirmativo favor indicar:

   Nombre del PEP: _____ Cargo del PEP: _____

   Relación con el PEP: _____ Período: _____

   Fecha de culminación del cargo: _____

[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.

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.

Igualmente, en cumplimiento de la Ley 23 de Abril de 2015 y normativas relacionadas; comprendo que al firmar certifico que mi actividad económica, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal; además que los recursos que poseo no provienen de actividades delictivas consideradas en las leyes y normativas aplicables en la República de Panamá y que igualmente certifico que, contra mi persona, no se adelantan investigaciones penales, administrativas o judiciales en instancias nacionales o internacionales, por actividad delictiva alguna. Eximo a la Compañía de Seguros de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta, que yo hubiere proporcionado en este documento o en violación de este. Declaro haber entendido, leído y aceptado, el contenido del presente documento, el cual firmo a continuación.

Declaro haber entendido, leído y aceptado, el contenido del presente documento, el cual firmo a continuación.

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.