



**FORMULARIO ÚNICO PARA SUJETOS REGULADOS - No.1**  
**Política Conozca a su Cliente - Persona Natural**  
Acuerdo No. 03 de Junta Directiva de la Superintendencia de Seguros y  
Reaseguros de Panamá, de 27 de julio de 2015.  
FUPERN - SSRP  
(BC/FT/FPADM)

**DATOS GENERALES**

|                             |  |                       |  |                  |  |
|-----------------------------|--|-----------------------|--|------------------|--|
| Primer Nombre               |  | Segundo Nombre        |  | Apellido Paterno |  |
| Apellido Materno            |  | Apellido de Casada/o  |  |                  |  |
| Fecha de Nacimiento         |  | Cédula / Pasaporte    |  |                  |  |
| Estado Civil                |  | Sexo                  |  |                  |  |
| Nacionalidad                |  | País de Residencia    |  |                  |  |
| Apartado Postal             |  | Dirección Residencial |  |                  |  |
| Teléfono Residencial        |  | Celular               |  |                  |  |
| Correo Electrónico Personal |  |                       |  |                  |  |

**DATOS OCUPACIONALES**

|                      |  |                         |  |
|----------------------|--|-------------------------|--|
| Profesión            |  | Ocupación               |  |
| Nombre de la Empresa |  | Dirección de la Empresa |  |
| Teléfono             |  | Fax                     |  |
| Correo Electrónico   |  |                         |  |

**PERSONA POLÍTICAMENTE EXPUESTA**

Las personas políticamente expuestas son aquellas que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas en un país extranjero o en su propio país, por ejemplo, Jefes de Estado o de un gobierno, políticos de alta jerarquía, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos de empresas estatales, funcionarios importantes de partidos políticos.

|   |                          |
|---|--------------------------|
| ¿Es usted una Persona Políticamente Expuesta? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Cargo actual o anterior: |
|---|--------------------------|

**DECLARACIÓN**

DECLARO QUE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE FORMULARIO ES VERDADERA, COMPLETA Y PROPORCIONA LA INFORMACIÓN DE MODO CONFIABLE Y ACTUALIZADA SOBRE TODOS LOS ASPECTOS SOBRE LOS CUALES SE HAN HECHO PREGUNTAS

**PÓLIZAS CON PRIMA ANUAL, IGUAL O MAYOR A B/. 10,000.00**

El total de las primas anuales que Usted paga, son iguales o superan los B/. 10,000.00 Si  No

\* Si su respuesta es afirmativa, proceda a contestar las siguientes preguntas; si la misma es negativa dirijase a la casilla de firma del cliente.

**DECLARACIÓN DE FUENTE Y ORIGEN DE RECURSOS DE LA TRANSACCIÓN**

DECLARO QUE TODAS MIS ACTIVIDADES LAS EJERZO DENTRO DE LAS NORMAS LEGALES Y QUE LOS RECURSOS UTILIZADOS PARA EL PAGO DE LOS SEGUROS EN MENCIÓN, PROVIENEN DE LAS SIGUIENTES FUENTES:

(Detalle Actividad Comercial ó Negocio) \_\_\_\_\_

**PERFIL FINANCIERO**

**Ingresos anuales actividad principal**  Menos de 10 mil US\$  10 mil a 30 mil US\$  30 mil a 50 mil US\$  Más de 50 mil US\$  
**Ingresos anuales por otras actividades**  Menos de 10 mil US\$  10 mil a 30 mil US\$  30 mil a 50 mil US\$  Más de 50 mil US\$

**REFERENCIAS (1- Personal, 2- Bancaria, 3-Comercial)**

|   | Nombre o Razón Social | Actividad | Relación con el Cliente | Teléfono de contacto |
|---|-----------------------|-----------|-------------------------|----------------------|
| 1 |                       |           |                         |                      |
| 2 |                       |           |                         |                      |
| 3 |                       |           |                         |                      |

**DOCUMENTOS DE IDENTIDAD PERSONAL (Cotejar):**

Si  No  Para Nacionales: Favor incluya copia de su cédula de identidad personal.  
Para Extranjeros: Favor incluya copia de su pasaporte o documento equivalente que acredite su estancia legal en el país.

|                   |  |       |  |
|-------------------|--|-------|--|
| Firma del Cliente |  | Fecha |  |
|-------------------|--|-------|--|

**DATOS DEL CORREDOR:**

|                       |  |             |  |
|-----------------------|--|-------------|--|
| Nombre o Razón Social |  | Nº Licencia |  |
| Firma del Corredor    |  | Fecha       |  |

**SOLO PARA USO DE LA EMPRESA ASEGURADORA**

|  |  |       |  |
|--|--|-------|--|
| Nombre y Apellido del funcionario que revisa |  |       |  |
| Cargo/ Ocupación                             |  | Firma |  |