La Regional de Seguros
conecta con tus sueños.

FORMULARIO CONOCE TU CLIENTE – PERSONA NATURAL

Requerimiento según Acuerdo No.3 del 22 de nov. de 2022 BC/FT/FPADM

Persona de quien se completa la información:

☐ Contratante ☐ Asegurado ☐ Pagador ☐ Beneficiario

DATOS GENERALES

Apellido: _____ (1er) _____ (2do) Nombre: _____ (1er) _____ (2do)

Fecha de nacimiento: _____ (Día) / _____ (Mes) / _____ (Año) País de nacimiento: _____

Nacionalidad: _____ Género: ☐F ☐M Cédula o Pasaporte: _____

País de Residencia: _____ Provincia de Residencia: _____

Dirección: Residencial: _____
(Distrito, 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 indique el cargo actual o anterior: _____

2. ¿Es usted un Familiar PEP? [2] ☐ Sí ☐ No. En caso afirmativo favor detallar:

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 detallar:

Nombre del PEP	**Cargo del PEP**	**Relación con el PEP**

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 dólares 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.

Indique la actividad: _____

Si la respuesta es sí, favor indicar monto: _____

"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 de quien pertenece la información completada (contratante, asegurado, pagador o beneficiario):

_____ (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.

Solo para uso interno:

_____ (Nombre del funcionario) _____ (Cargo) _____ (Firma)

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.