

FORMULARIO CONOZCA A SU CLIENTE PERSONA NATURAL

Base legal: Acuerdo No.3 del 22 de nov. de 2022 BC/FT/FPADM.

Contratante Asegurado Pagador Corredor de seguros Beneficiario

DATOS GENERALES

Apellido: Nombre: Apellido de Casada: 1er 2do

Fecha de nacimiento: País de nacimiento:
Día Mes Año

Nacionalidad (es): 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? Sí No. En caso afirmativo favor completar Formulario PEP.

2. ¿Es usted un Familiar PEP? Sí No. En caso afirmativo favor indicar:

Nombre del PEP: Cargo del PEP:

Relación con el PEP y fecha de finalización del cargo:

3. ¿Es usted un Estrecho Colaborador de un PEP? Sí No. En caso afirmativo favor indicar:

Nombre del PEP: Cargo del PEP:

Relación con el PEP y fecha de finalización 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

Ingreso anual en dólares:

Favor indicar el rango en dólares al que corresponde su ingreso variable aproximado.

- Menos de \$10 mil \$30 mil a \$50 mil
\$10 mil a \$30 mil Más de \$50 mil

DATOS LABORALES

Profesión:

Ocupación:

Nombre de la empresa:

Dirección:

País Provincia Distrito Corregimiento Urbanización Calle Nombre de Edificio # de apartamento o casa

Provincia

Distrito

Corregimiento

Urbanización

Calle

Nombre de Edificio

de apartamento o casa

Teléfono:

Correo electrónico:

En caso de ser independiente o comerciante favor describir la actividad a la que se dedica:

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

Nombre

Firma

Fercha

Para efectos del presente negocio certifico expresamente lo siguiente: 1. Tanto mi actividad, como mi profesión u ocupación, son lícitos, y los ejerzo dentro de los marcos legales. 2. Los dineros con los que adquirí los bienes relacionados y los utilizados para pagar la prima del presente negocio no provienen de ninguna actividad ilícitas contempladas en la legislación panameña. 3. Las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verídicas en la forma que aparecen descritas; por lo tanto, la falsedad, omisión o error en ellas, tendrán las consecuencias estipuladas por la ley, reglamentos, políticas de la compañía, etc. 4. Me obligo con la compañía a mantener actualizada la información suministrada, principalmente los cambios en mis datos generales, dirección de residencia, datos de mi perfil financiero, en los casos que aplique. 5. Autorizo a PAN-AMERICA LIFE INSURANCE DE PANAMÁ S.A., en forma expresa, para reportar, procesar, solicitar, suministrar y divulgar, a las autoridades del Estado legalmente autorizadas y competentes, todo lo relativo a mis datos.

Nombre del corredor:

Licencia:

Firma:

Fecha:

Por PAN-AMERICAN LIFE:

Fecha: