

Persona que completa el Formulario:

☐ Contratante ☐ Asegurado ☐ Corredor ☐ Pagador ☐ Cía. de Seguros ☐ Beneficiario

DATOS GENERALES DE LA SOCIEDAD

Razón Social:

Razón Comercial:

Registro Único de Contribuyente (RUC):

Dirección física:

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

País de constitución:

Fecha de constitución:

País donde opera:

Actividad a la que se dedica:

Teléfono:

Correo electrónico:

Sitio Web:

Lugar o lugares (país) donde tributa por sus ingresos:

Número de Identificación Tributario (NIT):

DATOS DE LOS DIRECTORES Y DIGNATARIOS DE LA JUNTA DIRECTIVA

Nombre completo	No. Identificación	F. de Nacimiento	Dirección	Cargo	Nacionalidad

DATOS DE LOS ACCIONISTAS / BENEFICIARIOS FINALES

Indique los nombres de los principales socios de la empresa y su % de participación accionaria. Solamente aquellos que posean 10% o más de participación en el capital social de la empresa.

Nombre completo	No. Identificación	F. de Nacimiento	% Part.	Nacionalidad

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO LEGAL O ADMINISTRADOR

Nombre completo	No. Identificación	F. de Nacimiento	Dirección

DATOS DEL AGENTE RESIDENTE

Nombre completo	Dirección

PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE (PEP)

¿Alguno de los miembros de esta sociedad (directores, dignatarios, representante legal, apoderado, socios, accionistas o beneficiarios finales) se encuentra dentro de la siguiente clasificación?:

¿Es usted una Persona Expuesta Políticamente¹ o Familiar PEP² o Estrecho colaborador de un PEP³? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo favor detallar: _____

PERFIL FINANCIERO

Favor indicar el rango en balboas al que corresponde su “ingreso” anual aproximado.

- ☐ Menos de 50 Mil ☐ 50 mil a 250 mil ☐ 250 mil a 500 mil ☐ 500 mil a 3 mio
☐ 3 mio a 5 mio ☐ 5 mio a 10 mio ☐ Más de 10 mio

¿Genera ingresos por otra actividad? ☐ Sí ☐ No. Si la respuesta es sí, favor indicar monto B/. _____

Detallar actividad: _____

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

_____ Nombre	_____ Firma	_____ Fecha
-----------------	----------------	----------------

Favor adjuntar los siguientes documentos:

1. Copia de cédula o pasaporte del Representante Legal o Apoderado (legible y vigente).
2. Copia del Certificado del Registro Público
3. Aviso de Operación (si aplica)
4. Cualquier otro documento que la Compañía de Seguros solicite.

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.