

**Cía. Internacional de Seguros, S.A.**Edificio Plaza Credicorp Bank Ave. Nicanor de Obarrio (CL.50)  
Apdo. 0833-0084 Plaza Credicorp Bank. Tel. 206-4000**Formulario para la identificación del Consumidor  
del Servicio de Seguros / Persona Jurídica**Acuerdo No. 03 de 24 de noviembre de 2022 "Que reglamenta las disposiciones de  
prevención de BC/FT/FPADM"

Página 1/2

Este formulario debe ser completado en letra imprenta, de forma precisa, verídica, y sin tachones, ni borrones por todos los que lo diligencien. Complete con líneas o rayas los espacios en blanco, que no apliquen o que no tengan información. La información suministrada en este documento será de estricta confidencialidad, para uso del control interno y solo se proporcionará a las autoridades competentes por razón de algún tipo de investigación o por un reporte de operación sospechosa. La información que se solicita, verifica y actualiza es importante porque forma parte de su contrato de seguros.

☐ Contratante ☐ Asegurado ☐ Beneficiario de la Póliza ☐ Pagador ☐ Otro Indique:

**Datos Generales**

Razón Social de la Empresa:	RUC:
Nombre Comercial:	Aviso de Operación:
País de Constitución:	Fecha de Constitución:
País donde opera:	Teléfono:
Correo Electrónico:	Sitio Web:
Actividad a la cual se dedica:	
¿La sociedad Cotiza en Bolsa de Valores? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo favor indicar el Nombre de la Bolsa:	
Nombre de la Bolsa: País:	

**Dirección física de la Persona Jurídica**

País:	Provincia:	Distrito:	
Corregimiento:	Barrio/Calle:	Apto/Casa/Oficina:	
País(es) donde tributa por sus ingresos:	1.	2.	3.
No. De Identificación Tributaria:	1.	2.	3.

**Agente Residente**

Nombre/Razón Social:	Dirección Completa:
----------------------	---------------------

☐ **Directores /** ☐ **Dignatarios /** ☐ **Administradores (Para otras Estructuras Jurídicas)**

Nombre completo	Cédula/Pasaporte	Fecha de nacimiento	Cargo	Nacionalidad	Dirección

☐ **Datos del Apoderado Legal** ☐ **Representante Legal**

Nombre completo:	Cédula/Pasaporte:	
Nacionalidad:	Fecha nacimiento:	Residencia(País):
Correo electrónico:	Teléfono:	

Indique si el Representante Legal, Apoderado, Miembro de Junta Directiva, Accionista u otro miembro de la Sociedad misma son o han sido objeto de investigación, indagación o condena por actividades ilícitas o delitos de lavado o blanqueo de dinero o financiamiento de terrorismo. ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



# Cía. Internacional de Seguros, S.A.

Edificio Plaza Credicorp Bank Ave. Nicanor de Obarrio (CL.50)  
Apdo. 0833-0084 Plaza Credicorp Bank. Tel. 206-4000

## Formulario para la identificación del Consumidor del Servicio de Seguros / Persona Jurídica

Acuerdo No. 03 de 24 de noviembre de 2022 "Que reglamenta las disposiciones de  
prevención de BC/FT/FPADM"

Página 1/2

### ☐ Accionistas / ☐ Controlador(es)

Accionistas con el 10% o más de las acciones nominativas y/o beneficiarios finales de la sociedad o Persona Jurídica

Nombre completo	Cédula/Pasaporte	Fecha de nacimiento	Nacionalidad	Dirección	% Participación

### Persona Políticamente Expuesta

Desde su nombramiento, hasta dos años después que cesan sus funciones o es separado del cargo para el cual fue calificado como P.E.P.

Indique si uno de los accionistas con el 10% ó más de las acciones o control de la Persona Jurídica, directores, dignatarios, representante legal, apoderado es una "Persona Expuesta Políticamente" según la siguiente clasificación ☐ No ☐ Sí

☐ P.E.P. Principal: Personas nacionales o extranjeras que cumplen funciones públicas destacadas de alto nivel o con mando y jurisdicción en un Estado.

☐ Familiar Cercano: Padres, Hermanos, Hijos, Cónyuge (solamente)

☐ Estrecho Colaborador: Tiene íntima relación, y hace transacciones locales e internacionales en nombre del P.E.P.

1) Nombre:  
(Accionista, Controlador o Rep. Legal)

1) Cargo:

2) Nombre:  
(Accionista, Controlador o Rep. Legal)

2) Cargo:

3) Nombre:  
(Accionista, Controlador o Rep. Legal)

3) Cargo:

### Persona Políticamente Expuesta

1) Nombre del PEP (relacionado)	1) Cargo:	1) Desde:	Hasta:
2) Nombre del PEP (relacionado)	2) Cargo:	2) Desde:	Hasta:
3) Nombre del PEP (relacionado)	3) Cargo:	3) Desde:	Hasta:

### Perfil Financiero

Ingresos anuales actividad principal: ☐ Menos de B/.250,000.00 ☐ B/.250,000.00 a B/.1 millón

☐ B/.1 millón a B/.10 millones ☐ Más de B/.10 millones

Ingresos anuales por otras actividades: ☐ Menos de B/.250,000.00 ☐ B/.250,000.00 a B/.1 millón

☐ B/.1 millón a B/.10 millones ☐ Más de B/.10 millones

### Declaración

Declaro que la información contenida en este formulario es verdadera, completa y proporciona la información de modo confiable y actualizada de todos los aspectos sobre los cuales se han hecho preguntas. Autorizo a Compañía Internacional de Seguros, S.A. al tratamiento de mis datos personales, de conformidad con la ley 81 de 2019, sobre protección de datos personales y de más disposiciones legales vigentes.

Firma del Representante Legal o Apoderado:

Fecha:

### Documentación Mínima Requerida (Cotejar):

Sí ☐ No ☐ Copia o impresión web del Certificación de Registro Público actualizado de la Entidad, que incluya la representación Legal de la misma, ([www.registro-publico.gob.pa](http://www.registro-publico.gob.pa))

Sí ☐ No ☐ Copia de cédula de identidad personal del Representante Legal o Apoderado. En caso de extranjeros, verificar pasaporte incluyendo página con su firma y documento que acredite su legal estancia en el país.

Sí ☐ No ☐ Aviso de Operación (Cuando aplique)

**Nota:** Los documentos requeridos podrán aumentar de acuerdo a las evaluaciones realizadas en la IS.