

MULTIBANK SEGUROS, S.A.
SOLICITUD DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS
PERSONA JURÍDICA

Personas que completa el documento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
	Asegurado	Contratante	Pagador	Beneficiario/ Afectado																			
1. INFORMACIÓN DE LA ENTIDAD																							
Nombre Principal:																							
Número de Contribuyente / RUC:			País de Operación:																				
País de Domicilio Fiscal:																							
Otros países donde tiene obligaciones tributarias:																							
Dirección de operación:																							
Si es una Entidad S/N actividad comercial indicar la dirección del Accionista/ Beneficiario Final mayoritario:																							
Actividad Económica:																							
Teléfono:			Celular:																				
Correo electrónico:																							
Nombre completo del Agente Residente:																							
Dirección del Agente Residente:																							
1.1. PERFIL FINANCIERO																							
Ingresos anuales Actividad Primaria	Forma en que dichos ingresos son recibidos		Ingresos anuales Actividad Secundaria	Forma en que dichos ingresos son recibidos																			
Menos de 250 mil US\$ <input type="checkbox"/>	Efectivo <input type="checkbox"/>	Menos de 250 mil US\$ <input type="checkbox"/>	Efectivo <input type="checkbox"/>	250 mil a 500 mil US\$ <input type="checkbox"/>	Cuasi-efectivo <input type="checkbox"/>	250 mil a 500 mil US\$ <input type="checkbox"/>	Cuasi-efectivo <input type="checkbox"/>	500,000.01 mil a 1 millón US\$ <input type="checkbox"/>	Cheque <input type="checkbox"/>	500,000.01 mil a 1 millón US\$ <input type="checkbox"/>	Cheque <input type="checkbox"/>	1,000,000.0 a 5 millones USD\$ <input type="checkbox"/>	Transferencia <input type="checkbox"/>	1,000,000.0 a 5 millones USD\$ <input type="checkbox"/>	Transferencia <input type="checkbox"/>	5,000,000.01 a 10 millones US\$ <input type="checkbox"/>	Origen de los fondos: Local <input type="checkbox"/> Extranjero <input type="checkbox"/>	5,000,000.01 a 10 millones US\$ <input type="checkbox"/>	Origen de los fondos: Local <input type="checkbox"/> Extranjero <input type="checkbox"/>	Más de 10 millones US\$ <input type="checkbox"/>	País: _____	Más de 10 millones US\$ <input type="checkbox"/>	País: _____
Frecuencia de percepción de los ingresos de la Actividad Principal			Frecuencia de percepción de los ingresos de la Actividad Secundaria																				
Diario <input type="checkbox"/>		Semanal <input type="checkbox"/>		Bisemanal <input type="checkbox"/>																			
Quincenal <input type="checkbox"/>	Mensual <input type="checkbox"/>	Trimestral <input type="checkbox"/>	Anual <input type="checkbox"/>	Quincenal <input type="checkbox"/>	Mensual <input type="checkbox"/>	Trimestral <input type="checkbox"/>	Anual <input type="checkbox"/>																
2. INFORMACIÓN DE LAS PERSONAS NATURALES QUE CONFORMAN LA PERSONERÍA JURÍDICA																							
I. Representante Legal <input type="checkbox"/>	Apoderado <input type="checkbox"/>	Director <input type="checkbox"/>	Accionista/ Beneficiario <input type="checkbox"/>	Dignatario: <input type="checkbox"/> Otros: <input type="checkbox"/>																			
Nombre y Apellido:				Cédula/Pasaporte:																			
Nacionalidad:		Residencia (país):		Teléfono:																			
Dirección Principal:																							
Correo electrónico:																							
Para cambio en accionista/beneficiario, indicar el porcentaje de participación de acciones:																							
<ul style="list-style-type: none"> • Es usted una persona PEP - Persona Expuesta Políticamente*: <input type="checkbox"/> 				Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>																			
II. Representante Legal <input type="checkbox"/>	Apoderado <input type="checkbox"/>	Director <input type="checkbox"/>	Accionista/ Beneficiario <input type="checkbox"/>	Dignatario: <input type="checkbox"/> Otros: <input type="checkbox"/>																			
Nombre y Apellido:				Cédula/Pasaporte:																			
Nacionalidad:		Residencia (país):		Teléfono:																			
Dirección Principal:																							
Correo electrónico:																							
Para cambio en accionista/beneficiario, indicar el porcentaje de participación de acciones:																							
<ul style="list-style-type: none"> • Es usted una persona PEP - Persona Expuesta Políticamente*: <input type="checkbox"/> 				Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>																			
III. Representante Legal <input type="checkbox"/>	Apoderado <input type="checkbox"/>	Director <input type="checkbox"/>	Accionista/ Beneficiario <input type="checkbox"/>	Dignatario: <input type="checkbox"/> Otros: <input type="checkbox"/>																			
Nombre y Apellido:				Cédula/Pasaporte:																			
Nacionalidad:		Residencia (país):		Teléfono:																			
Dirección Principal:																							
Correo electrónico:																							
Para cambio en accionista/beneficiario, indicar el porcentaje de participación de acciones:																							
<ul style="list-style-type: none"> • Es usted una persona PEP - Persona Expuesta Políticamente*: <input type="checkbox"/> 				Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>																			

*PEP - Persona Políticamente Expuesta: Es toda persona que ejerce o ha ejercido durante los últimos 5 años funciones públicas de alto nivel o con mando en un Estado de Gobierno. En adición, incluye a personas con grado de consanguinidad e íntima relación del "PEP", conyuge, padre, madre, hermano(a) o hijo(a) y personas que, de alguna manera, represente los intereses económicos que pudiesen estar incluidos en las oraciones anteriores.

3. DECLARACIONES Y FIRMAS

DECLARACIÓN DE LA VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA SUMINISTRAR DATOS Y REVELAR INFORMACIÓN

Por la presente declaro que las informaciones y respuestas suministradas por mi persona en esta solicitud de seguro, son exactas, veraces, completas, y que no he ocultado detalles relacionados con mi estado de salud ni cualquier otro detalle que sea necesario revelar de conformidad con esta solicitud.

Autorizo irrevocablemente e instruyo a MULTIBANK SEGUROS, S.A., sin necesidad de contar con mi autorización previa (i) a pedir información relacionada con mi historial crediticio en cualquier momento y todas las veces que lo considere necesario, a la Asociación Panameña de Crédito ("APC") o a cualquier otra agencia de información de crédito a fin de establecer el riesgo de crédito relacionado con mi persona, y (ii) a suministrar a la APC o a cualquier otra agencia de información de crédito, información del historial de cumplimiento de mis obligaciones como asegurado y/o contratante contraídas con la Aseguradora. Además, relevo de toda responsabilidad a MULTIBANK SEGUROS, S.A., APC y a cualquier otra agencia de información de crédito, derivada de la entrega o solicitud de información relacionada a mi historial crediticio.

Autorizo irrevocablemente e instruyo a MULTIBANK SEGUROS, S.A., sin necesidad de contar con mi autorización previa, a solicitar información sobre mis antecedentes penales, procesos judiciales y administrativos que se lleven dentro y fuera de la República de Panamá, con las más amplias facultades para el cumplimiento de verificación de la información por mí Declarada bajo la gravedad de juramento. Adicionalmente, relevo a MULTIBANK SEGUROS, S.A. y a todos los involucrados en proveerle la información detallada en este párrafo de toda responsabilidad derivada del suministro y obtención de dicha información.

Autorizo irrevocablemente e instruyo al corredor de seguros designado en esta solicitud, sin necesidad de contar con mi autorización previa, para que le suministre a MULTIBANK SEGUROS, S.A. información sobre mi estado de salud, resultados de exámenes médicos o de laboratorio(s) y mi situación financiera, y también para que se le haga y para que entregue cualquier notificación o comunicación con relación al resultado de la evaluación de esta solicitud de seguro. Autorizo por este medio que cualquier comunicación o notificación que MULTIBANK SEGUROS, S.A. me deba hacer por motivo de la Póliza y/o la ley, se le haga y entregue al mencionado corredor de seguros. Adicionalmente, relevo a MULTIBANK SEGUROS, S.A. y al corredor de seguros designado en esta solicitud de toda responsabilidad derivada del suministro y obtención de la información de que trata este párrafo.

En virtud de lo anterior, declaro bajo la gravedad de juramento que, toda la información por mí suministrada en éste y en cualquier otro formulario o declaración presentada a MULTIBANK SEGUROS, S.A. es completamente veraz, por lo que asumo toda la responsabilidad civil, penal, administrativa, tributaria y de cualquier otra índole, que se genere en o fuera de la República de Panamá, en caso de que se detecte fraude o falsedad en alguna de mis declaraciones. Esta declaración la hago con pleno conocimiento del contenido del artículo 385 del Código Penal panameño, que tipifica el delito de falso testimonio.

En caso de que MULTIBANK SEGUROS, S.A. demostrase y/o comprobase de cualquier forma, cualquier inexactitud u omisión en mis declaraciones contenidas en esta solicitud o que guarden relación con la misma, tendrá derecho de anular la Póliza automáticamente (y retroactivamente a la fecha de su emisión), no teniendo MULTIBANK SEGUROS, S.A. obligación alguna de efectuar pagos por motivo de reclamaciones bajo la Póliza.

AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA Y TRATAMIENTO DE OTROS DATOS

El suscrito, en mi condición de representante autorizado por la sociedad, certifico que los beneficiarios, directores y dignatarios de la sociedad han otorgado su autorización para transferir y compartir sus datos personales a Multibank, Inc., sus subsidiarias y/o afiliadas.

Para cualquier información adicional sobre el tratamiento de sus datos personales o para hacer uso de sus derechos como titular, puede acercarse a nuestras sucursales, llamarnos al 340-9721, o contactarnos por los canales electrónicos que tenemos disponibles para usted en nuestra página web www.multibankseguros.com.pa, o correo electrónico: experienciadecliente@multibankseguros.com.pa

Firma del Contratante / Representante Legal / o Dueño de la Póliza (*sólo si es diferente al Propuesto Asegurado*)

Número de cédula/ pasaporte (adjunte copia vigente)

Firma del Propuesto Asegurado

Número de cédula/ pasaporte (adjunte copia vigente)

Nombre del Corredor de Seguros (*si aplica*)

Firma del Corredor de Seguros (*si aplica*)

Firmado en _____ el _____ de _____ de _____.

PARA USO EXCLUSIVO DE LA ASEGURODORA

Procesado por:

Fecha proceso (dd/mm/aaaa):

Verificado por: