



Formulario Conozca a su Corredor - Persona Natural

DATOS GENERALES					
Primer nombre			Segundo nombre		
Apellido materno			Apellido de casada/o		
Fecha de nacimiento			Cédula / Pasaporte		
Estado civil			Sexo		
Nacionalidad			País de residencia		
Apartado postal			Correo electrónico		
Tel. residencial			Celular		
Dirección residencial					
	(Provincia)	(Distrito)	(Corregimiento)	(Barriada)	(Calle) (Casa/Edificio)
Lugar o lugares donde tributa por sus ingresos					
En caso de ser diferente a Panamá indicar el(los) número(s) de Identificación tributaria:					
DATOS OCUPACIONALES					
Profesión			Ocupación		
Correo electrónico			Teléfono de oficina/ Fax		
Ingreso mensual aprox.			Aviso de operaciones		
Nombre comercial de la empresa					
Dirección de la empresa					
	(Provincia)	(Distrito)	(Corregimiento)	(Barriada)	(Calle) (Casa/Edificio)
PERSONA POLÍTICAMENTE EXPUESTA					
<p>Las personas políticamente expuestas son aquellas personas nacionales o extranjeras que cumplen funciones públicas destacadas de alto nivel o con mando y jurisdicción en un Estado, como jefes de Estado o de un gobierno, políticos de alta jerarquía, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos de empresas estatales, funcionarios importantes de partidos políticos o familiar cercano o estrecho colaborador de cualquier categoría de persona expuesta políticamente (extranjero, nacionales o de organismo internacional). Se considerará persona políticamente expuesta desde el momento de su nombramiento hasta su separación del cargo y por un periodo posterior no mayor de dos (2) años desde el momento que cesa de ejercer funciones u obligaciones.</p>					
<p>¿Eres una persona políticamente expuesta? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Relación / Cargo: _____</p>					
<p>Desde: _____ Hasta: _____ Para familiar o estrecho colaborador indicar datos del PEP: Nombre: _____ (dd/mm/aaaa) (dd/mm/aaaa) Cédula / Pasaporte: _____</p>					
PERFIL FINANCIERO					
<p>Ingresos anuales actividad principal <input type="checkbox"/> Menos de 10 mil US\$ <input type="checkbox"/> 10 mil a 30 mil US\$ <input type="checkbox"/> 30 mil a 50 mil US\$ <input type="checkbox"/> Más de 50 mil US\$</p> <p>Ingresos anuales por otras actividades <input type="checkbox"/> Menos de 10 mil US\$ <input type="checkbox"/> 10 mil a 30 mil US\$ <input type="checkbox"/> 30 mil a 50 mil US\$ <input type="checkbox"/> Más de 50 mil US\$</p>					
DECLARACIÓN					
<p>DECLARO QUE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTA SOLICITUD ES VERDADERA, COMPLETA Y PROPORCIONA LA INFORMACIÓN DE MODO CONFIABLE Y ACTUALIZADA SOBRE TODOS LOS ASPECTOS SOBRE LOS CUALES SE HAN HECHO PREGUNTAS</p>					
DECLARACIÓN DE FUENTE Y ORIGEN DE RECURSOS DE LA TRANSACCIÓN					
<p>DECLARO QUE TODAS MIS ACTIVIDADES LAS EJERZO DENTRO DE LAS NORMAS LEGALES Y QUE MIS RECURSOS ECONÓMICOS PROVIENEN DE LAS SIGUIENTES FUENTES:</p> <p>(detalle actividad comercial o negocio) _____</p>					
REGISTRO Y REFERENCIA GENERAL DEL CORREDOR DE SEGUROS					
CÓDIGO QUE ESTÁ SOLICITANDO					
Lic. de Corredor: _____		Vigencia: _____			
Número de Fianza: _____		Vigencia: _____		Compañía: _____	
INFORMACIÓN PARA RAMO GENERALES DE PERSONAS					
Agencia de ventas: _____		Supervisor: _____			
Contrato de Vida: _____		Promotor: _____			

PAGO DE COMISIONES A TRAVÉS DEL SISTEMA ACH

Nombre del Banco: _____

Tipo de Cuenta: Ahorro Corriente

No. de Cuenta: _____

Declaro que la información antes suministrada es verás y correcta.

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS**BENEFICIARIO(S) PRICIPAL(ES)**

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	CEDULA	PORCENTAJE

BENEFICIARIO(S) CONTINGENTE(ES)

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	CEDULA	PORCENTAJE

En caso que el Corredor no indique el porcentaje, el producto se dividirá en partes iguales entre las persona (s) designada (s) como Beneficiario (s) Principal (es) que sobrevivan al Corredor, pero si no sobreviviere ninguno, en partes iguales entre todas las personas que hayan sido designadas como Beneficiario (s) Contingente (s) que sobrevivan al Corredor. En caso de ser irrevocable debe indicarlo.

Cualquier beneficio que corresponda a un menor de edad, se pagará a favor de:

_____ y como contingente _____, y como Segundo(s) contingente(s) quienes han sido instruidos por el contratante sobre la forma en que deberán disponer de la suma que reciban de la Aseguradora. La compañía no será responsable por ninguna acción tomada antes de recibir las instrucciones por escrito en sus oficinas. Si no hubiere ningún Beneficiario (s) con vida, el pago se hará a los herederos legales de dicho (s) Beneficiario (s). El pago correspondiente lo realizara la Compañía una vez el (los) heredero (s) legal (es) haga (n) valer su derecho notificando tal situación por escrito en las oficinas de la Compañía, presentando ante esta Sentencia en firme y ejecutoriada de un Tribunal competente.

REFERENCIAS (1- Personal, 2- Bancaria, 3-Comercial)

Nombre o razón social	Actividad	Relación con el Cliente	Teléfono de contacto
1			
2			
3			

DOCUMENTOS DE IDENTIDAD PERSONAL (cotejar):

Si No Para nacionales: favor incluya copia de su cédula de identidad personal.

Para extranjeros: favor incluya copia de su pasaporte o documento equivalente que acredite su estancia legal en el país.

Firma del Corredor		Fecha	
---------------------------	--	--------------	--

SOLO PARA USO DE LA EMPRESA ASEGURADORA

Nombre y apellido del colaborador que revisa				
Cargo/ Ocupación		Firma		Fecha

Todos los campos en este formulario deben ser completados.

Regulado y Supervisado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá.