Ave. La Rotonda y Blv. Costa del Este Edificio GMT- Ciudad de Panamá | P.O. Box 0816-03629
Teléfonos: (507) 378-3900 Fax: (507) 378-9888
MAPFRE | PANAMÁ R.U.C.: 597-46-103707 D.V.:98
**www.mapfre.com.pa**

# Formulario Conozca a su Corredor - Persona Natural

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Primer nombre (*) | | Segundo nombre | | Apellido paterno (*) | |
| Apellido materno | | | Apellido de casada | | |
| Cédula / Pasaporte (*) | | | Fecha de vencimiento | | |
| | | | País de expedición | | |
| Fecha de nacimiento (*) | | | País de Nacimiento (*) | | |
| Estado civil (*) | | | Sexo (*) | | |
| Nacionalidad (*) | | | País de residencia (*) | | |
| Apartado postal | | | Correo electrónico (*) | | |
| Tel. residencial | | | Celular (*) | | |
| Dirección residencial (*) | | | | | |
| | (Provincia) | (Distrito) | (Corregimiento) | (Barriada) | (Calle) (Casa/Edificio) |

## DATOS OCUPACIONALES

Empleado ☐ | Independiente ☐ | Jubilado ☐ | Pensionado ☐ | Retirado ☐ | Empresario ☐ | Inversionista ☐ | Otros ☐

| | | | |
|---|---|---|---|
| Profesión | | Ocupación (*) | |
| Nombre e la empresa | | Ingreso mensual aprox. (*) | |
| Actividad a la que se dedica | | | |
| Teléfono de oficina/ Fax | | Correo electrónico Ofic. | |
| Dirección de la empresa | | | |
| | (País) (Provincia) | (Distrito) | (Corregimiento) (Barriada) (Calle) |

Lugar o lugares donde tributa por sus ingresos (*)

En caso de ser diferente a Panamá indicar el(los) número(s) de Identificación tributaria:

## PERSONA POLÍTICAMENTE EXPUESTA

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.

¿Eres una persona políticamente expuesta? (*) Sí ☐ No ☐ Relación / Cargo: _____

Desde:_____ (dd/mm/aaaa) Hasta:_____ (dd/mm/aaaa) Para familiar o estrecho colaborador indicar datos del PEP: Nombre:_____

Cédula / Pasaporte:_____

**DECLARACIÓN**: 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

## PERFIL FINANCIERO (*)

**Ingresos anuales actividad principal** ☐ Menos de 10 mil US$ ☐ 10 mil a 30 mil US$ ☐ 30 mil a 50 mil US$ ☐ Más de 50 mil US$

**Ingresos anuales por otras actividades** ☐ Menos de 10 mil US$ ☐ 10 mil a 30 mil US$ ☐ 30 mil a 50 mil US$ ☐ Más de 50 mil US$

Detalle origen de otras actividades

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

| Nombre o razón social | Actividad | Relación con el cliente | Teléfono de contacto |
|---|---|---|---|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |

## 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: _____

*Todos los campos en este formulario deben ser completados.*

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

## 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.

**DOCUMENTOS DE IDENTIDAD PERSONAL:** Para nacionales: incluya copia de su cédula de identidad personal. Para extranjeros: incluya copia de su pasaporte o documento equivalente que acredite su estancia legal en el país.(cotejar) (*): Sí ☐ No ☐

"El suscrito queda informado y consiente expresamente mediante la firma del presente documento, el tratamiento de los datos suministrados voluntariamente en este documento, así como el de todos aquellos datos que pudiera facilitar a MAPFRE PANAMÁ S.A., directamente o a través de su mediador, sean propios o de personas diferentes al suscrito, incluidos los datos de salud y datos sensibles, incluyendo pero sin limitarse a fotos e imágenes de mi documento de identidad, cédula, pasaporte, carnet migratorio, licencia de conducir, credenciales y/o cualquier otro documento, dato, información a través de los formularios, tarificadores de seguro, cotizadores, correo electrónico, mensaje de texto, comercio electrónico, de cualesquiera y todas las fuentes a su alcance, los que se obtengan mediante conversaciones telefónicas o como consecuencia de su navegación por las páginas web de Internet u otro medio, incluidas, en su caso, las comunicaciones o las transferencias internacionales de los datos que pudieran realizarse, así mismo, autorizo a MAPFRE PANAMÁ, S.A. para la consulta, almacenamiento, administración, transferencia, procesamiento y reportes de información alojada en bases de datos de terceros, públicas o privadas, todo ello para las finalidades detalladas en la Información Adicional de Protección de Datos incluida en www.mapfre.com.pa, con motivo del desarrollo del contrato o de la consulta, solicitud o contratación de cualquier servicio o producto, reclamo, pago, incluso una vez finalizada la relación precontractual o contractual, incluyendo a entidades de derecho privado y público, otras entidades aseguradoras, reaseguradoras, de mediación en seguros, financieras, inmobiliarias o de prestación de servicios relacionados con su campo de actividad, proveedores de servicio de asistencias, proveedores de servicios que el suscrito haya contratado con MAPFRE PANAMÁ, S.A., incluyendo entidades pertenecientes al Grupo MAPFRE, filiales y participadas, y a otras personas físicas o jurídicas que mantengan acuerdos para desarrollar actividades relacionadas a la atención, mantenimiento, gestión integral, control de calidad de mi relación con MAPFRE PANAMÁ, S.A. En todo caso, reconozco que el consentimiento para el tratamiento de mis datos con dicha inalidad tiene carácter revocable, pudiendo retirar en cualquier momento el consentimiento para el tratamiento de mis datos con dicha finalidad tiene carácter revocable, pudiendo retirar en cualquier momento el consentimiento prestado o ejercitar cualquiera de los derechos ARCO (Acceso, Rectificación, Cancelación, Oposición y/o Portabilidad) en la forma indicada en la Información Adicional de Protección de Datos en www.mapfre.com.pa. y en cumplimiento con la Ley de Seguros No. 12 de 3 abril de 2012 junto a la Ley de Protección de Datos Personales No. 81 de 26 marzo de 2019. El suscrito declara ser mayor de 18 años, y garantiza contar con el consentimiento de las personas de las que facilita datos y que le ha informado previamente de los términos de protección de datos establecidos en el presente documento. Si los datos facilitados son de menores de 18 años, incluidos los datos de salud, como titular de la patria potestad o tutela sobre el menor, autorizo expresamente el tratamiento de los mismos en los términos establecidos en la información adicional."

| **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.**

mapfre