FORMULARIO CONOCE TU CLIENTE
PERSONA NATURAL

Requerimiento según Acuerdo No.07 del 27 de nov. de 2025 BC/FT/FPADM.

Persona que completa el Formulario:

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

DATOS GENERALES

Apellido: _____ (1er) / _____ (2do)	Nombre: _____ (1er) / _____ (2do)
Fecha de Nacimiento: _____ (Día) _____ (Mes) _____ (Año)	País de nacimiento:
Nacionalidad:	País de Residencia: / Género: ☐ F ☐ M
Cédula:	Pasaporte:
Dirección Residencial: _____ (País, Provincia, Distrito, Corregimiento, Urbanización, Calle, Nombre de Edificio, # de apartamento o casa)	
Número telefónico:	Correo electrónico:
Lugar o lugares (país) donde tributa por sus ingresos:	
Número de Identificación Tributario:	

PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE (PEP)

1. ¿Es usted una Persona Expuesta Políticamente1? ☐ Sí ☐ No. En caso afirmativo favor indicar:
Cargo actual o anterior:

2. ¿Es usted un Familiar PEP2? ☐ Sí ☐ No. En caso afirmativo favor indicar:
Nombre del PEP: Cargo del PEP:
Relación con el PEP:

3. ¿Es usted un Estrecho Colaborador de un PEP3? ☐ Sí ☐ No. En caso afirmativo favor indicar:
Nombre del PEP: Cargo del PEP:
Relación con el PEP:

PERFIL FINANCIERO

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

_____

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, políti-cos, 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 finan-cieras, comerciales o de cualquier naturaleza, ya sean locales e internacionales, en nombre de la persona expuesta políticamente.

☐ Menos de 10 Mil ☐ 10 mil a 30 mil ☐ 30 mil a 50 mil ☐ Más de 50 mil

Favor detallar si genera ingresos por otra actividad: _____ $ _____.

FORMULARIO CONOCE TU CLIENTE
PERSONA NATURAL

DATOS LABORALES	
Profesión:	Ocupación:
Nombre de la empresa:	
Dirección: _____ (País, Provincia, Distrito, Corregimiento, Urbanización, Calle, Nombre de Edificio, # de apartamento o casa)	

En caso de ser independiente o comerciante favor describir la actividad a la que se dedica:

_____

_____

_____

"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 (legible y vigente).**
2. **Cualquier otro documento que la Compañía de Seguros solicite.**