

**Datos Generales**

|  |                     |                      |                     |
|--|---------------------|----------------------|---------------------|
| Productos Contratados:   |                     |                      |                     |
| Tipo de Cliente: Contratante   |                     | Asegurado            |                     |
| <b>Favor completar un formulario de Conozca a su cliente adicional: (a) para el Contratante, cuando este sea diferente al Asegurado Principal; y (b) Por cada Asegurado Adicional mayor de edad.</b> |                     |                      |                     |
| Nombre(s) y Apellido(s):   |                     |                      | Cédula / Pasaporte: |
| Fecha de Nacimiento:   | País de Nacimiento: | Estado Civil:        | Sexo:               |
| Edad:  | Nacionalidad:       | Soltero              | Casado              |
| País de Residencia:  |                     | Divorciado           | Otro:               |
|  |                     | Viudo                | F                   |
| Dirección Residencial  |                     |                      |                     |
| Edif.  | Casa                | Torre:               | Piso Nivel N/A:     |
|  |                     |                      | Apto. Oficina. N/A: |
| País:  |                     | Provincia o Estado:  | Distrito:           |
| Urbanización:  | Corregimiento:      | Punto de Referencia: |                     |
| Teléfono de Residencial:   |                     | Celular:             | Fax:                |
| Apartado Postal:   |                     | E-mail:              |                     |

**Datos Ocupacionales**

|  |                     |                           |  |
|--|---------------------|---------------------------|--|
| Profesión:   | Ocupación           | ¿Empresa donde Labora?:   | Actividad Económica de la Empresa donde labora |
|  |                     |                           | Comercial Industrial                           |
| Tiempo que lleva en esta ocupación:  |                     | Tipo de Contrato Laboral: |  |
| Breve descripción de sus funciones:  |                     |                           |  |
| Ingreso Mensual:   | Anualizado:         | Detallar otros ingresos:  |  |
| Dirección Laboral:   |                     | Ave.                      | Calle. Transv.                                 |
|  |                     | Apartado Postal:          |  |
| País:  | Provincia o Estado: | Distrito:                 |  |
| Urbanización:  | Corregimiento:      | Punto de Referencia:      |  |
| Tienes obligaciones Fiscales con un país que no sea Panamá? Si No En caso afirmativo detalle el(los) País(es): |                     |                           |  |
| Tax Identification Number de E.E.U.U. (solo si aplica):  |                     |                           |  |

**Persona Expuesta Políticamente**

**Las personas políticamente expuestas son aquellas que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas en un país extranjero o en su propio país, por ejemplo, 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.**

|   |   |                              |                          |
|---|---|------------------------------|--------------------------|
| Es usted es una Persona Expuesta Políticamente (PEP) indique:<br>Sí No  | De ser una Persona Expuesta Políticamente, indique tipo:<br>Directo Relacionado |                              |                          |
| Si usted es un Persona Políticamente Expuesta (PEP) Relacionada detalle tipo de relación:<br>Hermano(a) Cónyuge Hijo(a) Madre Padre Estrecho colaborador Persona allegada |   |                              |                          |
| Nombre y Apellidos:   | Cargo:  | Fecha de Inicio en el Cargo: | Fecha Culminación Cargo: |

**Perfil Financiero**

**Declaración de Fuente y origen de recursos de la transacción:**  
Declaro que todas mis actividades las ejerzo dentro de las normas legales y que los recursos utilizados para el pago de los seguros en mención, provienen de las siguientes fuentes:

|  |   |
|--|---|
| Propósito y carácter de la relación comercial:   | Empleo o Situación Laboral:<br>Asalariado Independiente |
| Declaro que la información contenida en este formulario es verdadera, completa y proporciona la información de modo confiable y actualizado de todos los aspectos sobre los cuales se han hecho las preguntas.<br>Declaro que las razones de las transacciones intentadas o por ejecutar relacionadas al presente seguro, provienen de una fuente lícita y no tiene relación alguna con capitales, bienes, o beneficios derivados de las actividades ilícitas o de los delitos de Blanqueo de Capitales. |   |

**Observación: Información Financiera aplicable para Jurisdicciones Alto riesgo, PEPS y actividades económicas Alto Riesgo (Fundaciones, ONG, Zona Franca)**
**Ingresos**

|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| Fuente y Origen del Patrimonio:        |  | Propios   | Tercero   |
| Ingresos Fijos (indique el monto):     | Forma en que son recibidos los Ingresos Fijos:<br>Efectivo Cheque ACH<br>Transferencia Internacional     | País de origen de los ingresos fijos:<br>Local Extranjero Indique país:     | Frecuencia en que recibe los ingresos fijos:<br>Semanal Quincenal Mensual     |
| Ingresos Variables (indique el monto): | Forma en que son recibidos los Ingresos Variables:<br>Efectivo Cheque ACH<br>Transferencia Internacional | País de origen de los ingresos Variables:<br>Local Extranjero Indique país: | Frecuencia en que recibe los ingresos Variables:<br>Semanal Quincenal Mensual |

| Información Financiera para Persona Natural                       |                      |   |   |   |
|---|----------------------|---|---|---|
| <b>PERFIL FINANCIERO:</b>   |                      |   |   |   |
| 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\$                      |
| ¿Usted realizará transacciones a través de Transferencias ? Si No |                      |   |   |   |
| Recibidas:  |                      |   |   |   |
| Locales:  | Si                   | No                                      |   |   |
| Internacionales:  | Si                   | No                                      | País donde se origina la Transferencia: |   |
| Enviadas:   |                      |   |   |   |
| Locales:  | Si                   | No                                      |   |   |
| Internacionales:  | Si                   | No                                      | País Destino Final de la Transferencia: |   |
| <b>Lugar y Fecha</b>  |                      | <b>Nombre del Contratante/Asegurado</b> |   | <b>Firma del Contratante/ Asegurado</b> |
|   |                      |   |   |   |

| Información Financiera para Persona Jurídica                      |                       |   |   |   |
|---|-----------------------|---|---|---|
| Ingresos anuales actividad principal                              | Menos de 250 mil US\$ | 250 mil a 1 millón US\$                 | 1 millón a 10 millones US\$             | Más de 10 millones US\$                 |
| Ingresos anuales por otras actividades                            | Menos de 250 mil US\$ | 250 mil a 1 millón US\$                 | 1 millón a 10 millones US\$             | 1 millón a 10 millones US\$             |
| ¿Usted realizará transacciones a través de Transferencias ? Si No |                       |   |   |   |
| Recibidas:  |                       |   |   |   |
| Locales   | Si                    | No                                      |   |   |
| Internacionales   | Si                    | No                                      | País donde se origina la Transferencia: |   |
| Enviadas:   |                       |   |   |   |
| Locales   | Si                    | No                                      |   |   |
| Internacionales   | Si                    | No                                      | País Destino Final de la Transferencia: |   |
| <b>Lugar y Fecha</b>  |                       | <b>Nombre del Contratante/Asegurado</b> |   | <b>Firma del Contratante/ Asegurado</b> |
|   |                       |   |   |   |