

	FORMULARIO ÚNICO PARA SUJETOS REGULADOS - No. 2 Política Conozca a su Cliente - Persona Jurídica Acuerdo No. 03 de Junta Directiva de la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá, de 27 de julio de 2015. FUPERJU - SSRP (BC/FT/FPADM)
--	--

DATOS GENERALES				
Razón social de la empresa			RUC	
Nombre comercial		Aviso de operación		
Dirección Física				
País de constitución		Teléfono / Fax		
Datos de inscripción / Folio		Correo Electrónico		
Actividad a la cual se dedica				
AGENTE RESIDENTE				
Nombre y Apellido		Dirección		
DIRECTORES				
Nombre y Apellido		Cédula / No. de Pasaporte		
Nombre y Apellido		Cédula / No. de Pasaporte		
Nombre y Apellido		Cédula / No. de Pasaporte		
Nombre y Apellido		Cédula / No. de Pasaporte		
Nombre y Apellido		Cédula / No. de Pasaporte		
DIGNATARIOS				
Nombre y Apellido		Cédula / No. de Pasaporte		
Nombre y Apellido		Cédula / No. de Pasaporte		
Nombre y Apellido		Cédula / No. de Pasaporte		
Nombre y Apellido		Cédula / No. de Pasaporte		
Nombre y Apellido		Cédula / No. de Pasaporte		
DATOS DEL ☐ APODERADO LEGAL ó ☐ REPRESENTANTE LEGAL				
Nombre y Apellido		Cédula / No. de Pasaporte		
Nacionalidad		Residencia (país)		
Correo Electrónico		Teléfono / Fax		
Indique si el Representante Legal, Apoderado o la Sociedad misma son o han sido objeto de investigación, indagación o condena por actividades ilícitas, o delitos de lavado o blanqueo de dinero o financiamiento de terrorismo. En caso afirmativo, explique.				
Si ☐ No ☐				
ACCIONISTAS				
Nombre y Apellido		Cédula / No. de Pasaporte		
Nombre y Apellido		Cédula / No. de Pasaporte		
Nombre y Apellido		Cédula / No. de Pasaporte		
Nombre y Apellido		Cédula / No. de Pasaporte		
Nombre y Apellido		Cédula / No. de Pasaporte		
BENEFICIARIO(S) DEL (LOS) SEGURO(S)				
Nombre y Apellido		Cédula / No. de Pasaporte		
Dirección		Nacionalidad		
Nombre y Apellido		Cédula / No. de Pasaporte		
Dirección		Nacionalidad		
Nombre y Apellido		Cédula / No. de Pasaporte		
Dirección		Nacionalidad		
DECLARACIÓN				
DECLARO QUE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE FORMULARIO ES VERDADERA, COMPLETA Y PROPORCIONA LA INFORMACIÓN DE MODO CONFIABLE Y ACTUALIZADA SOBRE TODOS LOS ASPECTOS SOBRE LOS CUALES SE HAN HECHO PREGUNTAS				
PÓLIZAS CON PRIMA ANUAL, IGUAL O MAYOR A B/. 10,000.00				
El total de las primas anuales que Usted paga, son iguales o superan los B/. 10,000.00 Si ☐ No ☐				
* Si su respuesta es afirmativa, proceda a contestar las siguientes preguntas; si la misma es negativa dirijase a la casilla de firma del Representante Legal o Apoderado.				
DECLARACIÓN DE FUENTE Y ORIGEN DE RECURSOS DE LA TRANSACCIÓN				
DECLARO QUE TODAS MIS ACTIVIDADES QUE EJERCE LA SOCIEDAD, SE ENCUENTRAN DENTRO DE LAS NORMAS LEGALES Y QUE LOS RECURSOS UTILIZADOS PARA EL PAGO DE LOS SEGUROS EN MENCIÓN, PROVIENEN DE LAS SIGUIENTES FUENTES:				
(Por favor detalle Actividad Comercial ó Negocio) _____				
_____.				

PERFIL FINANCIERO					
Ingresos anuales actividad principal	☐ Menos de 250 mil US\$	☐ 250 mil a 1 millón US\$	☐ 1 millón a 10 millones US\$	☐ 1 milón a 10 millones US\$	☐ Más de 10 millones US\$
Ingreso anuales por otras actividades	☐ Menos de 250 mil US\$	☐ 250 mil a 1 millón US\$	☐ 1 millón a 10 millones US\$	☐ 1 milón a 10 millones US\$	☐ Más de 10 millones US\$
REFERENCIAS (Favor suministrar una comercial y una bancaria)					
Nombre o Razón Social		Actividad	Relación con el Cliente		Teléfono de contacto
1					
2					
DOCUMENTACIÓN REQUERIDA (Cotejar):					
Si ☐ No ☐ Copia o impresión web de Certificación de Registro Público actualizado de la Entidad, que incluya representación Legal de la misma. (www.registro-publico.gob.pa)					
Si ☐ No ☐ Copia de cédula de identidad personal del Representante Legal o Apoderado. En caso de extranjeros, verificar pasaporte incluyendo página con su firma y documento que acredite su legal estancia en el país.					
Si ☐ No ☐ Carta firmada por el Tesorero, Secretario ó Representante de la Sociedad, en que se establezca la identificación de los accionistas, con más de un 10% de acciones. La misma debe contener la siguiente información: Nombre y Apellido, Cédula ó Pasaporte, o documento equivalente que acredite la estancia legal en el país, nacionalidad y país de residencia					
Firma del Rep. Legal o Apoderado				Fecha	
DATOS DEL CORREDOR:					
Nombre o Razón Social				Nº Licencia	
Firma del Corredor				Fecha	
SOLO PARA USO DE LA EMPRESA ASEGURADORA					
Nombre y Apellido del funcionario que revisa					
Cargo/ Ocupación			Firma		