



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\$ 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\$ 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	

“Regulado y Supervisado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá “**SENSIBLE**