



Cía. Internacional de Seguros, S.A.

Edificio Plaza Credicorp Bank Ave. Nicanor de Obarrio (CL.50)
Apdo. 0833-0084 Plaza Credicorp Bank. Tel. 206-4000

Formulario para la identificación del Consumidor del Servicio de Seguros / Persona Jurídica

Acuerdo No. 07 de 27 de noviembre de 2025 "Que reglamenta disposiciones de
prevención de BC/FT/FPADM"

Página 1/3

Este formulario debe ser completado en letra imprenta, de forma precisa, verídica, y sin tachones, ni borrones por todos los que lo diligencien. Complete con líneas o rayas los espacios en blanco, que no apliquen o que no tengan información. La información suministrada en este documento será de estricta confidencialidad, para uso del control interno y solo se proporcionará a las autoridades competentes por razón de algún tipo de investigación o por un reporte de operación sospechosa. La información que se solicita, verifica y actualiza es importante porque forma parte de su contrato de seguros.

☐ Contratante ☐ Asegurado ☐ Beneficiario de la Póliza ☐ Pagador ☐ Otro Indique:

Datos Generales

Razón Social de la Empresa:	RUC:
Nombre Comercial:	Aviso de Operación:
País de Constitución:	Fecha de Constitución:
País donde opera:	Teléfono:
Correo Electrónico:	Sitio Web:
Actividad a la cual se dedica:	
¿La sociedad Cotiza en Bolsa de Valores? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo favor indicar el Nombre de la Bolsa:	
Sociedad cotiza: País:	

Dirección física de la Persona Jurídica

País:	Provincia:	Distrito:
Corregimiento:	Barrio/Calle:	Apto/Casa/Oficina:

Agente Residente

Nombre/Razón Social:	Dirección Completa:
----------------------	---------------------

☐ Directores / ☐ Dignatarios / ☐ Administradores (Para otras Estructuras Jurídicas)

Nombre completo	Cédula/Pasaporte	Fecha de nacimiento	Cargo	Nacionalidad	Dirección

☐ Datos del Apoderado Legal ☐ Representante Legal

Nombre completo:	Cédula/Pasaporte:	Fecha Venc. Doc.:
Nacionalidad:	Fecha nacimiento:	Residencia(País):
Correo electrónico:		Teléfono:

Indique si el Representante Legal, Apoderado, Miembro de Junta Directiva, Accionista u otro miembro de 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. ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, explique: _____



Cía. Internacional de Seguros, S.A.

Edificio Plaza Credicorp Bank Ave. Nicanor de Obarrio (CL.50)
Apdo. 0833-0084 Plaza Credicorp Bank. Tel. 206-4000

Formulario para la identificación del Consumidor del Servicio de Seguros / Persona Jurídica

Acuerdo No. 07 de 27 de noviembre de 2025 "Que reglamenta disposiciones de
prevención de BC/FT/FPADM"

Página 2/3

☐ Accionistas / ☐ Controlador(es)

Accionistas con el 10% o más de las acciones nominativas y/o beneficiarios finales de la sociedad o Persona Jurídica

Nombre completo	Cédula/Pasaporte	Fecha de nacimiento	Nacionalidad	Dirección	% Participación

Persona Políticamente Expuesta

Desde su nombramiento, hasta dos años después que cesan sus funciones o es separado del cargo para el cual fue calificado como P.E.P.

Indique si uno de los accionistas con el 10% ó más de las acciones o control de la Persona Jurídica, directores, dignatarios, representante legal, apoderado es una "Persona Expuesta Políticamente" según la siguiente clasificación ☐ Sí ☐ No

- ☐ P.E.P. Principal: Personas nacionales o extranjeras que cumplen funciones públicas destacadas de alto nivel o con mando y jurisdicción en un Estado.
- ☐ Familiar Cercano: Padres, Hermanos, Hijos, Cónyuge (solamente)
- ☐ Estrecho Colaborador: Tiene íntima relación, y hace transacciones locales e internacionales en nombre del P.E.P.

1) Nombre: (Accionista, Controlador o Rep. Legal)	1) Cargo:
2) Nombre: (Accionista, Controlador o Rep. Legal)	2) Cargo:
3) Nombre: (Accionista, Controlador o Rep. Legal)	3) Cargo:

Persona Políticamente Expuesta

1) Nombre del PEP (relacionado):	2) Nombre del PEP (relacionado):	3) Nombre del PEP (relacionado):
1) Cargo:	2) Cargo:	3) Cargo:
1) Desde: Hasta:	2) Desde: Hasta:	3) Desde: Hasta:

Perfil Financiero

Ingresos anuales actividad principal:	☐ Menos de B/.250,000.00	☐ B/.250,000.00 a B/.1 millón
	☐ B/.1 millón a B/.10 millones	☐ Más de B/.10 millones
Ingresos anuales por otras actividades:	☐ Menos de B/.250,000.00	☐ B/.250,000.00 a B/.1 millón
	☐ B/.1 millón a B/.10 millones	☐ Más de B/.10 millones



Cía. Internacional de Seguros, S.A.

Edificio Plaza Credicorp Bank Ave. Nicanor de Obarrio (CL.50)
Apdo. 0833-0084 Plaza Credicorp Bank. Tel. 206-4000

**Formulario para la identificación del Consumidor
del Servicio de Seguros / Persona Jurídica**

Acuerdo No. 07 de 27 de noviembre de 2025 "Que reglamenta disposiciones de
prevención de BC/FT/FPADM"

Página 3/3

Declaración

Yo, en mi calidad de firmante (o firmantes), en cumplimiento de la Ley 81 de 2019 (Reglamentada por el Decreto Ejecutivo 285 de 28 de mayo de 2021), en concordancia con la Ley 12 de 2012, declaro que acepto y otorgo mi expresa autorización a Compañía Internacional de Seguros, S.A., en adelante LA COMPAÑÍA, para recopilar, almacenar y transferir datos personales y sensibles que adquiera u obtenga, en relación con el contratante, asegurado, dependiente, responsable de pago, beneficiarios del seguro o cualquier otra persona con interés o vínculo con LA COMPAÑÍA. Expreso mi autorización para que LA COMPAÑÍA utilice los datos obtenidos, así como aquellos a los que haya tenido acceso en virtud de la ejecución del Contrato de Seguro, con la facultad discrecional de utilizarlos y transferirlos según las necesidades de su actividad comercial, con fines relacionados con los productos, pólizas, beneficios y/o servicios contemplados. Esto incluye a todas sus subsidiarias, afiliadas y sucursales, reaseguros, compañías de seguros, centros de salud o clínicas, profesionales de la salud, y cualesquiera otros asesores o profesionales que, a discreción de LA COMPAÑÍA, sean necesarios y convenientes para la evaluación de un caso, de conformidad con las operaciones de LA COMPAÑÍA.

Declaro que la información contenida en este documento es veraz, completa y proporciona información de manera confiable y actualizada sobre todos los aspectos respecto a los cuales se han formulado preguntas, y que todas mis actividades se llevan a cabo dentro de las normas legales.

Firma del Representante Legal o Apoderado:

Fecha:

Documentación Mínima Requerida (Cotejar):

- Sí ☐ No ☐ Copia o impresión web del Certificación de Registro Público actualizado de la Entidad, que incluya la representación Legal de la misma, (www.registro-publico.gob.pa)
- Sí ☐ 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.
- Sí ☐ No ☐ Aviso de Operación (Cuando aplique)

Nota: Los documentos requeridos podrán aumentar de acuerdo a las evaluaciones realizadas en la IS.