



FORMULARIO ÚNICO PARA SUJETOS REGULADOS - No. 2
Política Conozca a su Cliente - Persona Jurídica
Resolución No. 08 de Consejo Técnico de Seguros de 29 de octubre de 2008.
FUPERJU - SSRP (ALD/CFT)

DATOS GENERALES				
Nombre de la Sociedad		RUC		
Domicilio o Sede Social				
Dirección Física				
Dirección Postal		Teléfono		
Fax		Correo Electrónico		
Actividades a que se dedica la Sociedad				
DATOS DEL <input type="checkbox"/> APODERADO LEGAL ó <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL				
Nombre y Apellido		Fecha de Nacimiento		
Lugar de Nacimiento		Sexo		
Profesión, oficio u ocupación		Estado Civil		
Cédula / No. de Pasaporte		Nacionalidad		
Residencia (país)		Dirección Residencial		
Apartado postal		Correo Electrónico		
Teléfono Residencial		Celular		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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
* 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 Oporerado.				
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	<input type="checkbox"/> Menos de 250 mil US\$	<input type="checkbox"/> 250 mil a 1 millón US\$	<input type="checkbox"/> 1 millón a 10 millones US\$	<input type="checkbox"/> 1 millón a 10 millones US\$ <input type="checkbox"/> Más de 10 millones US\$
Ingreso anuales por otras actividades	<input type="checkbox"/> Menos de 250 mil US\$	<input type="checkbox"/> 250 mil a 1 millón US\$	<input type="checkbox"/> 1 millón a 10 millones US\$	<input type="checkbox"/> 1 millón a 10 millones US\$ <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Carta firmada por el Tesorero, Secretario ó Representante de la Sociedad, en que se establezca la identificación de los accionistas, con más de un 25% 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 (quien declara haber revisado la información suministrada por el cliente o contratante "Ley 59, Art. 86, Numeral 2"):				
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		