



Superintendencia de Seguros  
y Reaseguros de Panamá  
1956

**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  APODERADO LEGAL ó  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  No

**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**

<b>Ingresos anuales actividad principal</b>	<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\$
<b>Ingreso anuales por otras actividades</b>	<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  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](http://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 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		Firma	
Cargo/ Ocupación			