

12 de mayo de 2023
Circular N° SSRP-014-2023

Señores (as)
Gerentes Generales de Entes Regulados
Ciudad de Panamá

REF.: Nuevos Formularios de Debida Diligencia

Estimados(as) Señores(as):

Como consecuencia a la solicitud presentada por la Asociación Panameña de Aseguradores (APADEA), esta Superintendencia acepta el uso de dos (2) nuevos formularios de debida diligencia para Personas Jurídicas y Personas Naturales, mismos que serán adjuntados en esta Circular.

Esta Superintendencia acepta, también, el desarrollo de Formularios de Debida Diligencia Simplificada en donde se requieran los datos mínimos que permitan completar los reportes a la Unidad de Análisis Financiero (UAF), como lo establece el Artículo 26 del Acuerdo No. 3 de 24 de noviembre de 2022.

Exhortamos a todos los regulados del sector seguros a realizar las debidas diligencias correspondientes al resultado de los análisis y evaluaciones de riesgo correspondientes a cada uno de los consumidores de servicio de seguros, para lograr una correcta segmentación de estas en escalas de riesgo bajo, medio y alto.

Se mantiene vigente la Circular SSRP-001-2023 y, sin perjuicio de lo anterior, los sujetos obligados que deseen utilizar los formularios emitidos mediante esa circular podrán hacerlo.

Sin otro particular,

Atentamente,



ALBERTO C. VÁSQUEZ R.
Superintendente de Seguros y Reaseguros de Panamá



FORMULARIO CONOCE TU CLIENTE – PERSONA NATURAL

Requerimiento según Acuerdo No.3 del 22 de nov. de 2022 BC/FT/FPADM. Aplica para pólizas con prima anual igual o mayor a B/,10,000.00

Persona que completa el Formulario:

Contratante Asegurado Corredor Pagador Cía. de Seguros Beneficiario

DATOS GENERALES

Apellido: _____ / _____ Nombre: _____ / _____
1er 2do 1er 2do

Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ País de nacimiento: _____
Día Mes Año

Nacionalidad: _____ País de Residencia: _____ Género: F M

Cédula: _____ Pasaporte: _____

Dirección Residencial: _____
(País, Provincia, Distrito, Corregimiento, Urbanización, Calle, Nombre de Edificio, # de apartamento o casa)

Número telefónico: _____ / _____ Correo electrónico: _____
Celular Residencial

Lugar o lugares (país) donde tributa por sus ingresos: _____

Número de Identificación Tributario: _____

PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE (PEP)

1. ¿Es usted una Persona Expuesta Políticamente¹? Sí No. En caso afirmativo favor indicar:

Cargo actual o anterior: _____

2. ¿Es usted un Familiar PEP²? Sí No. En caso afirmativo favor indicar:

Nombre del PEP: _____ Cargo del PEP: _____

Relación con el PEP: _____

3. ¿Es usted un Estrecho Colaborador de un PEP³? Sí No. En caso afirmativo favor indicar:

Nombre del PEP: _____ Cargo del PEP: _____

Relación con el PEP: _____

PERFIL FINANCIERO

Favor indicar el rango en balboas al que corresponde su "ingreso" anual aproximado.

Menos de 10 Mil 10 mil a 30 mil 30 mil a 50 mil Más de 50 mil

Favor detallar si genera ingresos por otra actividad: _____ \$ _____.

DATOS LABORALES

Profesión: _____ Ocupación: _____

Nombre de la empresa: _____

Dirección: _____
(País, Provincia, Distrito, Corregimiento, Urbanización, Calle, Nombre de Edificio, # de apartamento o casa)

En caso de ser independiente o comerciante favor describir la actividad a la que se dedica:

¹ Quien en los últimos dos años desempeñó o ha desempeñado funciones públicas destacadas a nivel nacional o en el extranjero (ej.: jefe de estado o gobierno, políticos, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos de empresas estatales, funcionarios importantes de partidos políticos).

² Únicamente el cónyuge, los padres, los hermanos y los hijos de una Persona Expuesta Políticamente.

³ Persona conocida por su íntima relación con respecto a la persona expuesta políticamente, esto incluye a quienes están en posición de realizar transacciones financieras, comerciales o de cualquier naturaleza, ya sean locales e internacionales, en nombre de la persona expuesta políticamente.

FORMULARIO CONOZCA A SU CLIENTE – PERSONA NATURAL

“Yo, como firmante, otorgo mi consentimiento para que cuando sea necesario y requerido, las partes de la relación contractual, puedan acceder, usar, compartir, tratar y/o custodiar mis datos personales y sensibles, incluyendo imágenes de mis documentos de identidad personal, para los propósitos relacionados a temas de las actividades comerciales y servicios financieros, por lo cual, acepto y reconozco que todos mis datos personales están amparados por los derechos ARCO (Acceso, Rectificación, Cancelación, Oposición y/o Portabilidad) en cumplimiento con la Ley de Seguros vigente junto a la Ley de Protección de Datos Personales y con su Reglamento vigente en la República de Panamá.”

Firma del Contratante, Asegurado, Corredor de Seguros, Pagador o Beneficiario que completa el formulario bajo su mejor entender.

Nombre	Firma	Fecha
--------	-------	-------

Favor adjuntar los siguientes documentos:

1. Copia de cédula o pasaporte (legible y vigente).
2. Cualquier otro documento que la Compañía de Seguros solicite.

FORMULARIO CONOCE TU CLIENTE – PERSONA JURÍDICA

Requerimiento según Acuerdo No.3 del 22 de nov. de 2022 BC/FT/FPADM. Aplica para pólizas con prima anual igual o mayor a B/,10,000.00

Persona que completa el Formulario:

Contratante
 Asegurado
 Corredor
 Pagador
 Cía. de Seguros
 Beneficiario

DATOS GENERALES DE LA SOCIEDAD

Razón Social: _____ Razón Comercial: _____

Registro Único de Contribuyente (RUC): _____

Dirección física: _____
(País, Provincia, Distrito, Corregimiento, Urbanización, Calle, Nombre de Edificio, # de apartamento o casa)

País de constitución: _____ Fecha de constitución: _____

País donde opera: _____

Actividad a la que se dedica: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Sitio Web: _____

Lugar o lugares (país) donde tributa por sus ingresos: _____

Número de Identificación Tributario (NIT): _____

DATOS DE LOS DIRECTORES Y DIGNATARIOS DE LA JUNTA DIRECTIVA

Nombre completo	No. Identificación	F. de Nacimiento	Dirección	Cargo	Nacionalidad

DATOS DE LOS ACCIONISTAS / BENEFICIARIOS FINALES

Indique los nombres de los principales socios de la empresa y su % de participación accionaria. Solamente aquellos que posean 10% o más de participación en el capital social de la empresa.

Nombre completo	No. Identificación	F. de Nacimiento	% Part.	Nacionalidad

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO LEGAL O ADMINISTRADOR

Nombre completo	No. Identificación	F. de Nacimiento	Dirección

DATOS DEL AGENTE RESIDENTE

Nombre completo	Dirección

FORMULARIO CONOZCA A SU CLIENTE – PERSONA JURÍDICA

PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE (PEP)

¿Alguno de los miembros de esta sociedad (directores, dignatarios, representante legal, apoderado, socios, accionistas o beneficiarios finales) se encuentra dentro de la siguiente clasificación?:

1. ¿Es usted una Persona Expuesta Políticamente¹? Sí No. En caso afirmativo favor indicar:

Cargo actual o anterior: _____

2. ¿Es usted un Familiar PEP²? Sí No. En caso afirmativo favor indicar:

Nombre del PEP: _____ Cargo del PEP: _____

Relación con el PEP: _____

3. ¿Es usted un Estrecho Colaborador de un PEP³? Sí No. En caso afirmativo favor indicar:

Nombre del PEP: _____ Cargo del PEP: _____

Relación con el PEP: _____

PERFIL FINANCIERO

Favor indicar el rango en balboas al que corresponde su "ingreso" anual aproximado.

- Menos de 50 Mil 50 mil a 250 mil 250 mil a 500 mil 500 mil a 3 mio
 3 mio a 5 mio 5 mio a 10 mio Más de 10 mio

Favor detallar si genera ingresos por otra actividad: _____ \$ _____.

"Yo, como firmante, otorgo mi consentimiento para que cuando sea necesario y requerido, las partes de la relación contractual, puedan acceder, usar, compartir, tratar y/o custodiar mis datos personales y sensibles, incluyendo imágenes de mis documentos de identidad personal, para los propósitos relacionados a temas de las actividades comerciales y servicios financieros, por lo cual, acepto y reconozco que todos mis datos personales están amparados por los derechos ARCO (Acceso, Rectificación, Cancelación, Oposición y/o Portabilidad) en cumplimiento con la Ley de Seguros vigente junto a la Ley de Protección de Datos Personales y con su Reglamento vigente en la República de Panamá."

Firma del Contratante, Asegurado, Corredor de Seguros, Pagador o Beneficiario que completa el formulario bajo su mejor entender.

Nombre

Firma

Fecha

Favor adjuntar los siguientes documentos:

1. Copia de cédula o pasaporte del Representante Legal o Apoderado (legible y vigente).
2. Copia del Certificado del Registro Público
3. Aviso de Operación (si aplica)
4. Cualquier otro documento que la Compañía de Seguros solicite.

¹ Quien en los últimos dos años desempeñó o ha desempeñado funciones públicas destacadas a nivel nacional o en el extranjero (ej.: jefe de estado o gobierno, políticos, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos de empresas estatales, funcionarios importantes de partidos políticos).

² Únicamente el cónyuge, los padres, los hermanos y los hijos de una Persona Expuesta Políticamente.

³ Persona conocida por su íntima relación con respecto a la persona expuesta políticamente, esto incluye a quienes están en posición de realizar transacciones financieras, comerciales o de cualquier naturaleza, ya sean locales e internacionales, en nombre de la persona expuesta políticamente.