

Este documento deberá ser completado con letra legible sin omitir ningún tipo de información. No se aceptan tachones, borradores ni espacios en blanco.

Es cliente del Grupo: Sí No

| | | | | | | |
|--|--|--|---|--|--------------------------------------|---|
| Persona que completa el documento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| | Asegurado | Contratante | Pagador | | | |
| 1. INFORMACIÓN DE PERSONA JURÍDICA | | | | | | |
| Razón Social de la empresa: | | Nombre comercial: | | | | |
| RUC: | | País de constitución: | | | | |
| País de operación: | | Entidad con actividad comercial: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | | | |
| Representante Legal: | | | | | | |
| Nombre completo y dirección del Agente Residente: | | | | | | |
| Descripción de la actividad a la que se dedica: | | | | | | |
| Dirección física | País: | Provincia: | Distrito: | | | |
| | Corregimiento: | Calle o Avenida: | | | | |
| | Urbanización / Barriada: | Nombre del Edificio, No. de apartamento o Casa: | | | | |
| Teléfonos: | | Constitución de las acciones de la empresa: <input type="checkbox"/> Acciones Nominativas <input type="checkbox"/> Acciones al Portador en Custodio | | | | |
| Correo electrónico: | | | | | | |
| Estructura jurídica | Sociedad Anónima <input type="checkbox"/> | Fundación de Interés Privado <input type="checkbox"/> | Sociedad Civil <input type="checkbox"/> | Propiedad Horizontal (P.H.) <input type="checkbox"/> | Financiera <input type="checkbox"/> | |
| | Agencias de Seguros <input type="checkbox"/> | Responsabilidad Civil Limitada <input type="checkbox"/> | Cooperativa <input type="checkbox"/> | Embajada <input type="checkbox"/> | Subsidiaria <input type="checkbox"/> | |
| | Organización sin fines de lucro <input type="checkbox"/> | Otro: <input type="checkbox"/> Especifique: _____ | | | | |
| <p>• 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 del terrorismo, o financiamiento de la proliferación de armas de destrucción masiva: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>En caso afirmativo explique: _____</p> | | | | | | |
| 1.1. INFORMACIÓN DE DIRECTORES Y DIGNATARIOS | | | | | | |
| Nombre completo | Posición | Nacionalidad | Cédula/Pasaporte | Director | Dignatario | ¿Es, ha sido o está relacionado con una persona expuesta políticamente? |
| | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 1.2. PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE (PEP) – DIRECTORES Y DIGNATARIOS | | | | | | |
| PERSONAS EXPUESTAS POLÍTICAMENTE Las Personas Expuestas Políticamente (PEP) son aquellas que desempeñan o han desempeñado funciones públicas en un país extranjero o su propio país. Por ej.: jefes de Estado o de un gobierno, políticos de alta jerarquía, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de la alta jerarquía, altos ejecutivos de empresas estatales, funcionarios importantes de Partidos Políticos. | | | | | | |
| 1. ¿Es usted una Persona Expuesta Políticamente? | | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Cargo actual: | | | |

| | | | |
|---|---|------------------|--------------------|
| 2. ¿Ha sido una persona Expuesta Políticamente? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Indicar periodo: | Cargo desempeñado: |
| 3. ¿Está relacionado con alguna persona PEP? (padre, hermanos, cónyuge, hijos o socios en cualquier personería jurídica en la que pueda estar inscrito) | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Cargo actual: | |
| 1. ¿Es usted una Persona Expuesta Políticamente? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Cargo actual: | |
| 2. ¿Ha sido una persona Expuesta Políticamente? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Indicar periodo: | Cargo desempeñado: |
| 3. ¿Está relacionado con alguna persona PEP? (padre, hermanos, cónyuge, hijos o socios en cualquier personería jurídica en la que pueda estar inscrito) | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Cargo actual: | |

Nota: de haber más de dos (2) Personas Expuestas Políticamente, favor completar otro formulario.

1.3. INFORMACIÓN DE ACCIONISTAS

Se deberá completar y firmar el *Formulario de Declaración Jurada de Accionistas* para todos los casos. También se deberá adjuntar copia del *Pacto Social y Registro Público de la Sociedad*.

1.4. PERFIL FINANCIERO DE LA PERSONA JURÍDICA

Ingreso mensual:

| | | | |
|--|---|---|---|
| Ingresos anuales Actividad Principal <input type="checkbox"/> Menos de 250 mil US\$ <input type="checkbox"/> 250 mil a 500 mil US\$ <input type="checkbox"/> 500,000.01 mil a 1 millón US\$ <input type="checkbox"/> 1,000,000.0 a 5 millones <input type="checkbox"/> 5,000,000.01 a 10 millones US\$ <input type="checkbox"/> Más de 10 millones US\$ | Forma en que dichos ingresos son recibidos <input type="checkbox"/> Efectivo <input type="checkbox"/> Cuasi-efectivo <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Transferencia Origen de los fondos: <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Extranjero País: | Ingresos anuales Actividad Secundaria <input type="checkbox"/> Menos de 250 mil US\$ <input type="checkbox"/> 250 mil a 500 mil US\$ <input type="checkbox"/> 500,000.01 mil a 1 millón US\$ <input type="checkbox"/> 1,000,000.0 a 5 millones <input type="checkbox"/> 5,000,000.01 a 10 millones US\$ <input type="checkbox"/> Más de 10 millones US\$ | Forma en que dichos ingresos son recibidos <input type="checkbox"/> Efectivo <input type="checkbox"/> Cuasi-efectivo <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Transferencia Origen de los fondos: <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Extranjero País: |
|--|---|---|---|

Frecuencia de percepción de los ingresos de la **Actividad principal**

Frecuencia de percepción de los ingresos de la **Actividad secundaria**

| | | | | | | | |
|------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
| Diario <input type="checkbox"/> | Semanal <input type="checkbox"/> | Bisemanal <input type="checkbox"/> | Diario <input type="checkbox"/> | Semanal <input type="checkbox"/> | Bisemanal <input type="checkbox"/> | | |
| Quincenal <input type="checkbox"/> | Mensual <input type="checkbox"/> | Trimestral <input type="checkbox"/> | Anual <input type="checkbox"/> | Quincenal <input type="checkbox"/> | Mensual <input type="checkbox"/> | Trimestral <input type="checkbox"/> | Anual <input type="checkbox"/> |

| | |
|----------------------------------|---|
| País de domicilio Fiscal: | Otros países en los que tiene obligaciones tributarias de carácter personal: |
|----------------------------------|---|

DECLARACIÓN DE FUENTE Y ORIGEN DE RECURSOS DE LA TRANSACCIÓN

DECLARO QUE TODAS MIS ACTIVIDADES LAS EJERZO DENTRO DE LAS NORMAS LEGALES Y QUE LOS RECURSOS UTILIZADOS PARA EL PAGO DE LOS SEGUROS EN MENCIÓN, PROVIENEN DE LAS SIGUIENTES FUENTES (**Detalle actividad comercial o negocio**): _____

2. INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA SOCIEDAD O APODERADO

| | | | |
|----------------------------|-----------------------------------|--|-----------------------------------|
| Nombres: | | Apellidos: | |
| Cédula/Pasaporte: | Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa): | Género: Masculino <input type="checkbox"/> | Femenino <input type="checkbox"/> |
| País de Nacimiento: | Nacionalidad: | Estado Civil: | |
| Teléfonos | Residencia | Celular | Otro |
| Relación con el Asegurado: | | | |

Correo electrónico personal:

2.1. DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA SOCIEDAD O APODERADO

| | | |
|--------------------------|---|-----------|
| País de Residencia: | Provincia: | Distrito: |
| Corregimiento: | Calle o Avenida: | |
| Urbanización / Barriada: | Nombre del Edificio, No. de apartamento o Casa: | |

2.2. OCUPACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA SOCIEDAD O APODERADO

| | | |
|--|--|--------------------------------------|
| Profesión: | Actividad / Ocupación actual: | |
| Descripción de labores: | Nombre de la empresa donde labora: | |
| País: | Dirección completa del lugar de trabajo: | Teléfono de la empresa donde labora: |
| Detalle otras actividades u ocupaciones: | | Correo electrónico laboral: |

2.3. PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE (PEP) – REPRESENTANTE LEGAL DE LA SOCIEDAD O APODERADO

PERSONAS EXPUESTAS POLÍTICAMENTE Las Personas Expuestas Políticamente (PEP) son aquellas que desempeñan o han desempeñado funciones públicas en un país extranjero o su propio país. Por ej.: jefes de Estado o de un gobierno, políticos de alta jerarquía, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de la alta jerarquía, altos ejecutivos de empresas estatales, funcionarios importantes de Partidos Políticos.

| | | |
|---|---|--|
| 1. ¿Es usted una Persona Expuesta Políticamente? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Cargo actual: |
| 2. ¿Ha sido una persona Expuesta Políticamente? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Indicar período: Cargo desempeñado: |
| 3. ¿Está relacionado con alguna persona PEP? (padre, hermanos, cónyuge, hijos o socios en cualquier personería jurídica en la que pueda estar inscrito) | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Cargo actual: |

2.4. PERFIL FINANCIERO DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA SOCIEDAD O APODERADO

| | | | | | | | |
|--|--|---|--|---|--|---|--|
| Ingresos anuales Actividad Principal <input type="checkbox"/> Menos de 10 mil US\$ <input type="checkbox"/> 10 mil a 30 mil US\$ <input type="checkbox"/> 30 mil a 50 mil US\$ <input type="checkbox"/> 50 mil a 100 mil USD\$ <input type="checkbox"/> 100 mil a 250 mil US\$ <input type="checkbox"/> Más de 250 mil US\$ | | Forma en que dichos ingresos son recibidos <input type="checkbox"/> Efectivo <input type="checkbox"/> Cuasi-efectivo <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Transferencia Origen de los fondos: <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Extranjero País: | | Ingresos anuales Actividad Secundaria <input type="checkbox"/> Menos de 10 mil US\$ <input type="checkbox"/> 10 mil a 30 mil US\$ <input type="checkbox"/> 30 mil a 50 mil US\$ <input type="checkbox"/> 50 mil a 100 mil USD\$ <input type="checkbox"/> 100 mil a 250 mil US\$ <input type="checkbox"/> Más de 250 mil US\$ | | Forma en que dichos ingresos son recibidos <input type="checkbox"/> Efectivo <input type="checkbox"/> Cuasi-efectivo <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Transferencia Origen de los fondos: <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Extranjero País: | |
| Frecuencia de percepción de los ingresos de la actividad <i>principal</i> Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bisemanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> | | | | Frecuencia de percepción de los ingresos de la actividad <i>secundaria</i> Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bisemanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> | | | |
| País de domicilio Fiscal: | | | | Otros países en los que tiene obligaciones tributarias de carácter personal: | | | |

DECLARACIÓN DE FUENTE Y ORIGEN DE RECURSOS DE LA TRANSACCIÓN

DECLARO QUE TODAS MIS ACTIVIDADES LAS EJERZO DENTRO DE LAS NORMAS LEGALES Y QUE LOS RECURSOS UTILIZADOS PARA EL PAGO DE LOS SEGUROS EN MENCIÓN, PROVIENEN DE LAS SIGUIENTES FUENTES: (Detalle actividad comercial o negocio): _____

3. RESPONSABLE DE PAGO

| | | | |
|---|--------------------------------------|-------------------------------|----------------------|
| Propio Asegurado <input type="checkbox"/> | Contratante <input type="checkbox"/> | Otro <input type="checkbox"/> | Indique su relación: |
|---|--------------------------------------|-------------------------------|----------------------|

4. DATOS DE LA PRIMA

| | | | | |
|-----------------|----------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|
| Monto de prima: | Frecuencia de Pagos | | | |
| Impuestos: | Mensual <input type="checkbox"/> | Trimestral <input type="checkbox"/> | Semestral <input type="checkbox"/> | Anual <input type="checkbox"/> |
| Prima Total: | | | | |

5. FORMA DE PAGO

| | |
|--|--|
| Descuento Directo por Tarjeta de Crédito <input type="checkbox"/> Banco: _____ Número: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Tipo: VISA <input type="checkbox"/> MASTERCARD <input type="checkbox"/> Fecha de expiración: Mes _____ Año _____ Firma de autorización de descuento: _____ Fecha de cobro: 1ero de cada mes <input type="checkbox"/> 16 de cada mes <input type="checkbox"/> | Transferencia Electrónica ACH <input type="checkbox"/> <i>Completar formulario de Autorización de Débitos Automáticos</i> |
| | Otra forma de Pago <input type="checkbox"/> |
| | Dirección de Cobros: |

6. REFERENCIAS (PERSONAL, BANCARIA Y COMERCIAL)

| Nombre o Razón Social | Actividad | Relación con el Cliente | Teléfono de contacto |
|-----------------------|-----------|-------------------------|----------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

7. AUTORIZACIONES Y FIRMAS

DECLARACIÓN DE LA VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA SUMINISTRAR DATOS Y REVELAR INFORMACIÓN

Por la presente declaro que las informaciones y respuestas suministradas por mi persona en esta solicitud de seguro, son exactas, veraces, completas, y que no he ocultado detalles relacionados con mi estado de salud ni cualquier otro detalle que sea necesario revelar de conformidad con esta solicitud.

Autorizo irrevocablemente e instruyo a MULTIBANK SEGUROS, S.A., sin necesidad de contar con mi autorización previa (i) a pedir información relacionada con mi historial crediticio en cualquier momento y todas las veces que lo considere necesario, a la Asociación Panameña de Crédito ("APC") o a cualquier otra agencia de información de crédito a fin de establecer el riesgo de crédito relacionado con mi persona, y (ii) a suministrar a la APC o a cualquier otra agencia de información de crédito, información del historial de cumplimiento de mis obligaciones como asegurado y/o contratante contraídas con la Aseguradora. Además, relevo de toda responsabilidad a MULTIBANK SEGUROS, S.A., APC y a cualquier otra agencia de información de crédito, derivada de la entrega o solicitud de información relacionada a mi historial crediticio.

Autorizo irrevocablemente e instruyo a MULTIBANK SEGUROS, S.A., sin necesidad de contar con mi autorización previa, a solicitar información sobre mis antecedentes penales, procesos judiciales y administrativos que se lleven dentro y fuera de la República de Panamá, con las más amplias facultades para el cumplimiento de verificación de la información por mí Declarada bajo la gravedad de juramento. Adicionalmente, relevo a MULTIBANK SEGUROS, S.A. y a todos los involucrados en proveerle la información detallada en este párrafo de toda responsabilidad derivada del suministro y obtención de dicha información.

Autorizo irrevocablemente e instruyo al corredor de seguros designado en esta solicitud, sin necesidad de contar con mi autorización previa, para que le suministre a MULTIBANK SEGUROS, S.A. información sobre mi estado de salud, resultados de exámenes médicos o de laboratorio(s) y mi situación financiera, y también para que se le haga y para que entregue cualquier notificación o comunicación con relación al resultado de la evaluación de esta solicitud de seguro. Autorizo por este medio que cualquier comunicación o notificación que MULTIBANK SEGUROS, S.A. me deba hacer por motivo de la Póliza y/o la ley, se le haga y entregue al mencionado corredor de seguros. Adicionalmente, relevo a MULTIBANK SEGUROS, S.A. y al corredor de seguros designado en esta solicitud de toda responsabilidad derivada del suministro y obtención de la información de que trata este párrafo.

En virtud de lo anterior, declaro bajo la gravedad de juramento que, toda la información por mí suministrada en éste y en cualquier otro formulario o declaración presentada a MULTIBANK SEGUROS, S.A. es completamente veraz, por lo que asumo toda la responsabilidad civil, penal, administrativa, tributaria y de cualquier otra índole, que se genere en o fuera de la República de Panamá, en caso de que se detecte fraude o falsedad en alguna de mis declaraciones. Esta declaración la hago con pleno conocimiento del contenido del artículo 385 del Código Penal panameño, que tipifica el delito de falso testimonio.

En caso de que MULTIBANK SEGUROS, S.A. demostrase y/o comprobase de cualquier forma, cualquier inexactitud u omisión en mis declaraciones contenidas en esta solicitud o que guarden relación con la misma, tendrá derecho de anular la Póliza automáticamente (y retroactivamente a la fecha de su emisión), no teniendo MULTIBANK SEGUROS, S.A. obligación alguna de efectuar pagos por motivo de reclamaciones bajo la Póliza.

AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA Y TRATAMIENTO DE OTROS DATOS

El suscrito, en mi condición de representante autorizado por la sociedad, certifico que los beneficiarios, directores y dignatarios de la sociedad han otorgado su autorización para transferir y compartir sus datos personales a Multibank, Inc., sus subsidiarias y/o afiliadas.

Para cualquier información adicional sobre el tratamiento de sus datos personales o para hacer uso de sus derechos como titular, puede acercarse a nuestras sucursales, llamarnos al 340- 9721, o contactarnos por los canales electrónicos que tenemos disponibles para usted en nuestra página web www.mbseguros.com.pa, o correo electrónico: servicioalcliente@mbseguros.com.pa

Firma del Contratante / Representante Legal / o Dueño de la Póliza
(sólo si es diferente al Propuesto Asegurado)

Número de cédula/ pasaporte (adjunte copia vigente)

Firma del Propuesto Asegurado

Número de cédula/ pasaporte (adjunte copia vigente)

Nombre del Corredor de Seguros (si aplica)

Firma del Corredor de Seguros (si aplica)

Firmado en _____ el _____ de _____ de _____.