Sagicor

Compañía de Seguros

FORMULARIO DE REGISTRO
PROVEEDOR MÉDICO - PERSONA JURÍDICA

ACUERDO NO. 03 DE JUNTA DIRECTIVA DE LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS Y REASEGUROS DE PANAMÁ, DE 27 DE JULIO DE 2015.

EDIFICIO PLAZA OBARRIO PB
AVE. SAMUEL LEWIS Y CALLE SANTA RITA
280-0200 | www.sagicor.com

INFORMACIÓN GENERAL

PROVEEDOR / RAZÓN SOCIAL:	
RUC:	**D.V.:**
NOMBRE DE REPRESENTANTE LEGAL:	
CÉDULA:	**D.V.:**
DIRECCIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL:	
CORREO ELECTRÓNICO DEL REPRESENTANTE LEGAL:	
TELÉFONO DEL REPRESENTANTE LEGAL:	**CELULAR:**

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR

DIRECCIÓN(ES):	
TELÉFONO(S):	
CORREO ELECTRÓNICO:	
CONSTITUCIÓN:	**LUGAR DE TRIBUTO:**
FECHA DE CONSTITUCIÓN:	

PERSONA POLÍTICAMENTE EXPUESTA / REPRESENTANTE LEGAL

Las personas políticamente expuestas son aquellas que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas en un país extranjero o en su propio país, por ejemplo, jefes de Estado o de un gobierno, políticos de alta jerarquía, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos de empresas estatales, funcionarios importantes de partidos políticos.

¿Es usted una Persona Políticamente Expuesta? Si ◯ **No** ◯	**Cargo actual o anterior:**

DECLARACIÓN DE FUENTE Y ORIGEN DE RECURSOS DE LA TRANSACCIÓN
DECLARO QUE TODAS MIS ACTIVIDADES LAS EJERZO DENTRO DE LAS NORMAS LEGALES EN MENCIÓN Y PROVIENEN DE LAS SIGUIENTES FUENTES:
(Detalle Actividad Comercial o Negocio)

PERFIL FINANCIERO:

Ingresos anuales actividad principal: ◯ Menos de 250 mil US$ ◯ 250 mil a 1 millón US$ ◯ 1 millón a 10 millones US$ ◯ Más de 10 millones US$

Ingresos anuales por otras actividades: ◯ Menos de 250 mil US$ ◯ 250 mil a 1 millón US$ ◯ 1 millón a 10 millones US$ ◯ Más de 10 millones US$

INFORMACIÓN DE PAGOS

ESTA DE ACUERDO EN RECIBIR SUS PAGOS POR ACH: **SI** ◯ **NO** ◯

NOMBRE:

NOMBRE DEL BANCO:

NO. DE CUENTA:

TIPO DE CUENTA: **AHORRO** ◯ **CORRIENTE** ◯

DECLARACIÓN:
Declaro que los datos personales que han sido colocados en la solicitud son veraces y autorizo a Sagicor Panamá, que utilice el formulario con mi información personal con el fin que se despliega de esta solicitud, consiento y acepto además, que me contacten para gestiones relacionadas a cualquier solicitud o reclamación que presente, así como a que la aseguradora me envíe alguna comunicación de productos y servicios que puedan ser de interés, entendiendo también que la aseguradora dará el debido manejo y trato de mis datos personales como son establecidos en la Ley 81 de protección de datos.

FIRMA Y SELLO MÉDICO	**FECHA:**