



Cía. Internacional de Seguros, S.A.

Edificio Plaza Credicorp Bank Ave. Nicanor de Obarrio (CL.50)
Apdo. 0833-0084 Plaza Credicorp Bank. Tel. 206-4000

Formulario para la identificación del Consumidor
del Servicio de Seguros - Persona Natural

Acuerdo No. 07 de 27 de noviembre de 2025
“Que reglamenta disposiciones de prevención de BC/FT/FPADM”
Página 1/1

Este formulario debe ser completado en letra imprenta, de forma precisa, verídica, y sin tachones, ni borrones por todos los que lo diligencien. Complete con líneas o rayas los espacios en blanco, que no apliquen o que no tengan información. La información suministrada en este documento será de estricta confidencialidad, para uso del control interno y solo se proporcionará a las autoridades competentes por razón de algún tipo de investigación o por un reporte de operación sospechosa. La información que se solicita, verifica y actualiza es importante porque forma parte de su contrato de seguros.

☐ Contratante ☐ Asegurado ☐ Beneficiario de la Póliza ☐ Pagador ☐ Otro Indique:

Datos Generales

Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Apellido Paterno:
Apellido Materno:	Apellido Casada:	Género:
Fecha de Nacimiento:	País de Nacimiento:	Nacionalidad:
Cédula/Pasaporte:	Tel. Celular:	Tel. Residencial:
Fecha Venc. Doc.:	Correo Electrónico Personal:	

Direccion Residencial

País:	Provincia:	Distrito:	Corregimiento:
Barrio:	Calle:	No. Casa:	Edificio/Piso/Apto.:

Datos Ocupacionales

Profesión:	Ocupación Actual:	Nombre de la Empresa:
Tel. Oficina:	Correo:	Dirección:

Independiente / Comerciante favor describir la actividad a la que se dedica:

Persona Políticamente Expuesta

Desde su nombramiento, hasta dos años después que cesan sus funciones o es separado del cargo para el cual fue calificado como P.E.P.

Categoría de PEP:		
☐ Principal: Personas nacionales o extranjeras que cumplen funciones públicas destacadas de alto nivel o con mando y jurisdicción en un Estado.	☐ Familiar Cercano: ☐ Padres ☐ Hermanos ☐ Hijos ☐ Cónyuge	☐ Estrecho Colaborador: Tiene íntima relación, y hace transacciones locales e internacionales en nombre del P.E.P.
Es usted un PEP: ☐ Sí ☐ No	Indique el Cargo Actual o Anterior del PEP (Principal)	Periodo Desde: Hasta:
Nombre del PEP (Principal):		

Perfil Financiero

☐ Asalariado	☐ Independiente	☐ Jubilado / Pensionado	☐ Otros: Indique
Ingresos anuales actividad principal: ☐ Menos de B/. 10,000.00 ☐ B/. 10,000.00 a B/. 30,000.00 ☐ B/. 30,000.00 a B/. 50,000.00 ☐ Más de B/. 50,000.00			
Ingresos anuales por otras actividades: ☐ Menos de B/. 10,000.00 ☐ B/. 10,000.00 a B/. 30,000.00 ☐ B/. 30,000.00 a B/. 50,000.00 ☐ Más de B/. 50,000.00			

Declaración

Yo, en mi calidad de firmante (o firmantes), en cumplimiento de la Ley 81 de 2019 (Reglamentada por el Decreto Ejecutivo 285 de 28 de mayo de 2021), en concordancia con la Ley 12 de 2012, declaro que acepto y otorgo mi expresa autorización a Compañía Internacional de Seguros, S.A., en adelante LA COMPAÑIA, para recopilar, almacenar y transferir datos personales y sensibles que adquiriera u obtenga, en relación con el contratante, asegurado, dependiente, responsable de pago, beneficiarios del seguro o cualquier otra persona con interés o vínculo con LA COMPAÑIA. Expreso mi autorización para que LA COMPAÑIA utilice los datos obtenidos, así como aquellos a los que haya tenido acceso en virtud de la ejecución del Contrato de Seguro, con la facultad discrecional de utilizarlos y transferirlos según las necesidades de su actividad comercial, con fines relacionados con los productos, pólizas, beneficios y/o servicios contemplados. Esto incluye a todas sus subsidiarias, afiliadas y sucursales, reaseguros, compañías de seguros, centros de salud o clínicas, profesionales de la salud, y cualesquiera otros asesores o profesionales que, a discreción de LA COMPAÑIA, sean necesarios y convenientes para la evaluación de un caso, de conformidad con las operaciones de LA COMPAÑIA.

Declaro que la información contenida en este documento es veraz, completa y proporciona información de manera confiable y actualizada sobre todos los aspectos respecto a los cuales se han formulado preguntas, y que todas mis actividades se llevan a cabo dentro de las normas legales.

Firma del Consumidor de los Servicios de Seguros/Otros

Fecha

Favor adjuntar los siguientes documentos:
1. Copia de cédula o pasaporte (legible y vigente) 2. Cualquier otro documento que la Compañía requiera