



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

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

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:	

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

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

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.

☐ **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:
---	---	---

☐ 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

Firma del Consumidor de los Servicios de Seguros/Otros

Fecha

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