



Cía. Internacional de Seguros, S.A.
Solicitud de Cancelación, Rescates, Dividendos, Préstamos y Duplicado

LLENAR ESTA SOLICITUD CON PRECISIÓN, SIN RASPADURAS O ENMIENDAS, Y CONTESTAR SIN COMILLAS U OTROS SIGNOS
 FAVOR COMPLETAR EN LETRA IMPRENTA O A COMPUTADORA

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre del Asegurado / Contratante: _____

Número de Póliza: _____ Tel. Residencial: _____

E-mail Personal: _____ Celular: _____

Dirección Residencial: _____ Tel. Oficina: _____

TRAMITE A REALIZAR

Cancelación Rescate Total

Reemplazo, nueva solicitud _____ Rescate Parcial (Cargo fijo B/.25.00): B/. _____

Duplicado de Póliza (Cargo B/.10.00) Retiro (Dividendo o Ahorro G-100): B/. _____

Préstamo: B/. _____ Suma a Abonar: B/. _____ Forma de Abono: Voluntario ACH

Si el Asegurado/Contratante de la póliza desea recibir el desembolso a través de una transferencia automática (ACH), favor adjuntar el Formulario de Autorización de Pago Automático.

DECLARACIÓN P.E.P.

DEFINICIÓN DE P.E.P.: Son personas nacionales o extranjeras que cumplen funciones públicas de alto nivel o con mando y jurisdicción en un Estado. También los altos ejecutivos de empresas o corporaciones estatales.

QUIENES PUEDEN SER P.E.P. - Familiares Cercanos: Cónyuge, padres, hermanos e hijos del P.E.P. **Estrecho Colaborador:** Persona que puede realizar transacciones financieras, comerciales o de cualquier naturaleza en nombre del P.E.P.

PLAZO DEL P.E.P.: Desde su nombramiento en el cargo, hasta un período no mayor de dos años desde el momento que cesa de ejercer las funciones y obligaciones por la cual fue calificado persona políticamente expuesta en un inicio.

¿Es usted un P.E.P.?	Nombre del P.E.P. Titular	Cargo del P.E.P.	Período del Cargo	
			Desde	Hasta
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			/ /	/ /
			/ /	/ /
			/ /	/ /

CUMPLIMIENTO FATCA

Las siguientes preguntas deben ser contestadas por todo asegurado o contratante que haya o deba pagar Impuestos Tributarios en los Estados Unidos de América, o en cualquier otro país distinto a Panamá. Estas declaraciones son importantes porque forman parte de su contrato.

Seleccione la respuesta deseada con un gancho. En caso que el Contratante sea Persona Jurídica y diferente al Asegurado, deberá ser contestado por el Representante Legal de la Empresa.	Asegurado	Contratante
1. ¿Es usted Extranjero?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
2. ¿Posee actualmente, tiene derecho a obtener o se encuentra en trámite para optar por alguna otra nacionalidad, ciudadanía, residencia, Green Card (o equivalente)?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
3. ¿Ha estado usted por más de 183 días en los Estados Unidos u otro país, en los últimos tres años?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
4. ¿Usted ha solicitado órdenes de pago desde o hacia Estados Unidos u otros países?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
5. ¿Es usted o el contratante, contribuyente fiscal de los Estados Unidos o de algún otro país?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
6. Posee alguno de los accionistas, directivos o dignatarios de la sociedad contratante, alguna nacionalidad, ciudadanía, residencia, Green Card (o equivalente), distinta a la panameña?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Si su respuesta fue Sí, en alguna de las preguntas anteriores, y como país ha contestado EE.UU., debe completar el Formulario FATCA. Si es un país distinto a EE.UU, debe completar el Formulario CRS.

Recalcitrante: Persona que se niega a dar información requerida por el Servicio de Rentas Internas de los EE.UU. En caso de ser calificado como recalcitrante, La COMPAÑIA se reserva el derecho de procesar el pago y hacer el debido reporte ante la Dirección General de Ingresos.

ADJUNTO: Póliza Original Si No

Fotocopia de Cédula Si No

Formulario de Autorización de Pago Automático (Para transferencia electrónica ACH) Si No

Formulario de Descuentos ACH (Para pago de Préstamo) Si No

Nombre: _____ Cédula No. / Pasaporte: _____

Firma del Asegurado / Contratante: _____ Fecha: _____
 dd/mm/aaaa

PARA USO DE LA COMPAÑIA

¿El Contratante y/o Asegurado es calificado como Recalcitrante? Si No

Atendido por: _____ Sucursal: _____ Fecha: _____
 dd/mm/aaaa