

PERFIL DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS PERSONA NATURAL

No. Cliente: _____

Fecha: _____

DATOS PERSONALES

Primer Nombre:		Segundo Nombre:		Primer Apellido:	
Segundo Apellido:		Apellido de Casada:		No. de Identificación:	
Estado Civil:		Profesión/ Ocupación:		Nivel de Educación:	
Nacionalidad:		País de Nacimiento:		País de Residencia:	
Correo Electrónico:			Teléfono de Casa:		Teléfono Celular:

DIRECCIÓN RESIDENCIAL

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

FUENTE DE INGRESOS

Tipo de Ingreso:	Asalariado:	Independiente:	Jubilado:	Dependiente:	Otros Ingresos:
-------------------------	-------------	----------------	-----------	--------------	-----------------

En caso de seleccionar "Asalariado", favor llenar la siguiente sección completa: En caso de seleccionar "Jubilado o Dependiente" solo completar salario/Ingreso principal:

Nombre de la empresa:		Cargo:		Fecha inicio labores (dd/mm/aa):	
Dirección de Empresa:		Teléfono de Oficina:		Salario/Ingreso Principal:	

En caso de seleccionar "Independiente" o requerir declarar otros ingresos adicionales, favor llenar la siguiente sección completa:

Descripción de Actividad:			Salario/Ingreso Principal:		
---------------------------	--	--	----------------------------	--	--

REFERENCIA PERSONAL O FAMILIAR

Nombre:		Teléfono:		Parentesco:	
---------	--	-----------	--	-------------	--

PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE (PEP)

¿Es usted directa o indirectamente una Persona Expuesta Políticamente (PEP) o cónyuge, padre, hermano, hijo o estrecho colaborador de una persona que trabaja o trabajó en funciones públicas destacadas de alto nivel o con mando y jurisdicción en un Estado o de gobierno en los últimos 2 años? **Si** **No** **Si su respuesta es sí, complete los siguientes datos:**

PEP Directo	PEP Indirecto
Nombre Completo "PEP":	Nombre Completo "PEP":
Lugar de Trabajo:	Lugar de Trabajo:
Cargo o Posición:	Cargo o Posición:
Fecha de inicio de PEP (dd/mm/aa):	Tipo de Relación:

INFORMACIÓN DE INTERCAMBIO FISCAL

¿Usted mantiene relación directa o indirecta con algún país o territorio distinto a Panamá para fines fiscales? **Si** **No**
Si su respuesta es **Si**, completar auto certificación de domicilio fiscal persona natural.

¿Posee usted ciudadanía, residencia, estatus migratorio, pasaporte y/o tarjeta de residencia permanente o Green Card en los Estados Unidos o algunos de sus territorios? **Si** **No**
-Si su respuesta es **Si**, indique su No. De Seguro Social (SSN), Número de Identificación Tributaria (ITIN) o Green Card y completar formulario W-9: _____ De estar exento de impuesto en USA, prever documentación que lo demuestre y completar formulario W-8BEN.

AUTORIZACIÓN DE UTILIZACIÓN DEL SERVICIO DE IDENTIDAD

El cliente autoriza expresamente a la CAJA DE AHORROS, sus subsidiarias y/o afiliados, cesionarios o sucesoras (BANCO), así como cualquier compañía que por operación de cesión, administración o compra de cartera adquiera los derechos de mi crédito, a que de conformidad con lo expresado en la legislación vigente en la República de Panamá, correspondiente a las referencias o historial de crédito, solicite, consulte, recopile, intercambie y trasmite a cualquier agencia de información de datos, bancos o agentes económicos, informaciones relacionadas con obligaciones o transacciones crediticias que mantengo o pudiera mantener con dichos agentes económicos de la localidad, sobre mi historial de crédito y relaciones con acreedores. También queda facultado el BANCO, así como cualquier compañía que, por una operación de cesión, administración o compra de cartera adquiera los derechos de mi crédito, a que solicite y obtenga información de instituciones gubernamentales relacionadas con las obligaciones o transacciones crediticias arriba referidas. El cliente autoriza expresamente a la CAJA DE AHORROS, para que pueda hacer uso del servicio de verificación de identidad, de acuerdo con la base de datos del Tribunal Electoral en los términos y condiciones que lo define la Ley No.18 de 2 de junio de 2005 y en particular en su artículo No.1, relativa a mi identidad. Esta autorización se extiende con la finalidad que CAJA DE AHORROS pueda completar información sobre mi persona.

ACEPTACIÓN DEL CLIENTE

El cliente autoriza a Caja de Ahorros de manera libre, expresa, precisa, previa, informada e inequívoca, responsable para el tratamiento de sus datos personales. Dicho tratamiento abarca la captura, obtención, solicitud, consulta, modificación, recopilación, registro, estructuración, conservación, adaptación, difusión, recolección, intercambio, actualización, procesamiento, reproducción, compilación, almacenamiento, uso, sistematización y organización de datos personales, todos ellos de forma parcial o total. Además de que los datos personales recabados puedan ser circulados y transferidos, sin limitación en cuanto al país de destino, únicamente cuando sea necesario para dar cumplimiento a los usos establecidos por el banco, los cuales serán los siguientes: Comunicaciones de atención al cliente, procesamiento, investigación, capacitación, acreditación, consolidación, organización, actualización, reporte, estadística, encuestas, y en general para facilitar, promover, permitir o mantener relaciones comerciales. Por todo lo antes mencionado Se deja constancia que el otorgante del presente consentimiento y autorización podrá ejercer en cualquier momento, según lo establece la Ley Aplicable, sus Derechos ARCOP (acceso, rectificación, cancelación, oposición y portabilidad), de conformidad con lo establecido la Ley 81-2019 reglamentada por el Decreto Ejecutivo No. 285-2021, y las disposiciones contenidas en el Acuerdo 1-2022 emitido por la Superintendencia de Bancos de Panamá, todos referentes a la Protección de Datos Personales

FIRMA DEL CLIENTE

FIRMA DEL CLIENTE			
-------------------	--	--	--

PARA USO DEL BANCO

Responsable de la Actualización de Datos por parte de Caja de Ahorros

Certifico y valido que la información contenida en el presente documento fue proporcionada por el cliente de manera legítima, libre, expresa, precisa e inequívoca.

Nombre completo:	Número de Colaborador:	Código de llamada:	Fecha (dd/mm/aa)
------------------	------------------------	--------------------	------------------