



31 de agosto de 2015
Circular N°SSRP-DRL 066-2015

Señores (as)
Presidentes
APROSEPA, CAPECOSE, CONALPROSE
Ciudad

REF.: Actualización de datos de Corredores de Seguros, persona natural y jurídica

Estimados Señores (as):

En pro del mejor desempeño de la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá, en el manejo de la información veraz de los entes regulados por esta entidad y de brindar un mejor servicio a nuestros usuarios, tenemos a bien solicitar su colaboración, con el suministro del Formulario, a todos sus afiliados y que estos nos envíen este documento vía electrónica a través de esta dirección i.sterling@superseguros.gob.pa, con el fin de actualizar nuestros expedientes.

Sin otro particular, agradeciendo la colaboración que nos puedan brindar queda de ustedes,

Atentamente,

José Joaquín Riesen A.
Superintendente de Seguros
y Reaseguros



MA/ydv
Adjunto: Formularios

REPUBLICA DE PANAMÁ
SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS Y REASEGUROS DE PANAMÁ

DATOS GENERALES DEL CORREDOR

Nº de Licencia PN _____

Ramo de Vida _____ Ramo de Generales y Fianzas _____

Nombre Completo _____
(A Paterno) (A. Materno o de Casada) (1er Nombre) (2do. Nombre)

Nº de Cédula: _____ Seguro Social _____ Estado Civil: _____

Lugar de Nacimiento: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección Residencial:

Dirección Laboral: _____

Apartado Postal: _____ Teléfono Residencial: _____ Oficina: _____

Celular: _____ Fax: _____ E-mail: _____

REFERENCIAS FAMILIARES:

	NOMBRE	PROFESION	TELEFONO
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____

Certifico que los datos anteriormente expresados son verídicos y autorizo a la Superintendencia de Seguros y Reaseguros para verificar esta información.

FIRMA

LUGAR Y FECHA

****Enviar este documento adjunto a i.sterling@superseguros.gob.pa para actualizar nuestra base de datos****



REPUBLICA DE PANAMÁ
SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS Y REASEGUROS DE PANAMÁ

DATOS GENERALES DE EMPRESAS DE CORRETAJE DE SEGUROS:

Nombre de la Empresa: _____

Nº de Licencia PJ _____

Ramos que opera: Personas _____ Generales y Fianzas _____

Dirección _____

Nº de RUC: _____ Teléfonos: 1. _____

2. _____

Otras ubicaciones: _____

Correo Electrónico: _____

Nombre de Representante Legal _____

Nº de Licencia PN. _____ Nº de Cédula: _____

Dirección Residencial: _____

Apartado Postal: _____ Teléfono Residencial: _____ Celular: _____

Fax _____ E-mail _____

REFERENCIAS FAMILIARES:

	NOMBRE	PROFESION	TELEFONO
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____

Certifico que los datos anteriormente expresados son verídicos y autorizo a la Superintendencia de Seguros y Reaseguros para verificar esta información.

FIRMA

LUGAR Y FECHA

****Enviar este documento adjunto a i.sterling@superseguros.gob.pa para actualizar nuestra base de datos****