



San Rafael de Escazú, Edificio BMI, Calle Paralela a la Ruta 27, San José, Costa Rica  
+[506] 4036-4620

# FORMULARIO CONOZCA A SU CLIENTE PERSONA JURÍDICA

TIPO DE TRÁMITE: NUEVO NEGOCIO ACTUALIZACIÓN DE DATOS

## A. DATOS GENERALES DEL TOMADOR O PAGADOR

Razón Social		Nombre Comercial		
Tipo de Identificación	Número de Identificación	Fecha de Constitución	Estado	
NACIONAL	EXTRANJERA			
Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo Electrónico		
Domicilio de Comercial:	País	Provincia	Cantón	Distrito
Dirección Exacta (Otras Señas):				

## B. DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

Primer Apellido		Segundo Apellido		Nombre	
Tipo de Identificación		Número De Identificación		Fecha de Caducidad	
CÉDULA	PASAPORTE	DIMEX	DIDI		
Estado Civil					
CASADO(A)	DIVORCIADO(A)	SEPARADO(A)	SOLTERO(A)	UNIÓN LIBRE	VIUDO(A)
Teléfono de Residencia		Teléfono Celular		Correo Electrónico	
País de Nacimiento		Nacionalidad		Fecha de Nacimiento	
Otra Nacionalidad					
No	Sí	Cuál?			
Domicilio de Residencia:		País	Provincia	Cantón	Distrito
Dirección Exacta (Otras Señas):					

## C. PERSONAS EXPUESTAS POLÍTICAMENTE (PEP 's)

Algún socio, director, beneficiario, o representante de la empresa desempeña o ha desempeñado algún cargo que implique funciones públicas destacadas en el país o el extranjero:  Sí  No

En caso afirmativo indique lo siguiente:

Nombre Completo del socio, director, beneficiario, o representante de la	Cargo	Periodo durante el cual desempeño las funciones

## D. ORIGEN DE LOS FONDOS DE LA SOCIEDAD

Recursos Originados en Costa  
 No  Sí

Recibe Fondos del Extranjero  
 No  Sí ¿En cuál país del extranjero origina los fondos?

Actividad Económica que Origina los Ingresos  Ingreso Mensual Estimado (dolarizado)

Realiza Actividades Indicadas en los Artículos 15 Y 15 BIS de la Ley 7786?  
 No  Sí Detalle la actividad

## E. PUESTOS PRINCIPALES (PARTICIPACIÓN ACCIONARIA)

\*\*Indicar los datos de los accionistas y/o beneficiarios finales hasta el nivel de persona física que controlan la sociedad con un más del 10% de las acciones, se debe aportar distribución accionaria o Declaración del Registro de Transparencia y Beneficiarios Finales\*\*

Nombre	Nacionalidad	Número de Identificación	Porcentaje de Participación

## F. DATOS DEL PRODUCTO

Producto a Adquirir				
Frecuencia de Pago	Mensual	Trimestral	Semestral	Anual
Medio de Pago	Tarjeta Crédito / Débito Transferencia Vía Sinpe		Transferencia Nacional Cheque	Transferencia Internacional Efectivo

## G. PREAUTORIZACIÓN CICAC (CENTRO DE INFORMACIÓN CONOZCA A SU CLIENTE)

En calidad de Representante Legal, ¿Está de acuerdo en permitir que la información de su representada sea incluida, consultada y actualizada en el Centro de Información Conozca a su Cliente (CICAC) tanto por el intermediario, como por parte de Best Meridian Insurance Company, actuando como contraparte en el contrato de seguro a suscribir?

Sí estoy de acuerdo en realizar la gestión de autorización para que consulte, incluya, modifique o actualice los datos de mi representada en el expediente CICAC. Entiendo que será contactado, ya que se requerirá un proceso adicional para registrar la autorización oficial, el cual podrá ser firmado mediante firma manuscrita o firma digital certificada por el BCCR.

NO otorgo autorización para que se consulte, incluya, modifique o actualice los datos de mi representada, en el expediente CICAC.

## H. DECLARACIÓN JURADA

Declaro que la información suministrada por mi persona en este formulario es exacta y fidedigna, por lo que autorizo ampliamente a Best Meridian Insurance Company a verificarla por los medios que considere pertinentes, pudiendo en todo caso acceder, copiar y recopilar la información del firmante que se encuentre almacenada en bases de datos públicas y/o privadas, en sistemas o redes informáticas o telemáticas, o en contenedores electrónicos, ópticos o magnéticos. Manifiesto que los dineros con los cuales adquiero la póliza y los montos de las primas provienen de actividades lícitas y se encuentran dentro de los marcos legales. Libero de toda responsabilidad a Best Meridian Insurance Company cuando el firmante de este documento suministre o proporcione información por error, omisión u falsedad. Por este medio me obligo con la compañía a mantener actualizada la información requerida de acuerdo con los procedimientos establecidos por la entidad o aportar la documentación o información que sea requerida en forma adicional para el análisis previo o posterior a adquirir la póliza. Autorizo a Best Meridian Insurance Company a reportar, procesar, solicitar y suministrar o divulgar información, únicamente a las entidades legalmente autorizadas según lo indicado en la Ley 7786 y sus reformas.

## I. FIRMAS

Firma del Representante Legal	Fecha	Firma del Intermediario
-------------------------------	-------	-------------------------