



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 FÍSICA

TIPO DE TRÁMITE:

NUEVO NEGOCIO

ACTUALIZACIÓN DE DATOS

A. DATOS GENERALES DEL ASEGURADO					
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):					

B. DATOS GENERALES DEL TOMADOR O PAGADOR					
Si el tomador es diferente del asegurado, por favor complete esta sección					
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 POLITICAMENTE (PEP)		
Si el tomador es diferente del asegurado, por favor complete esta sección con los datos del tomador.		
¿Usted desempeña o ha desempeñado algún cargo político destacado, ya sea en territorio nacional o en el extranjero?	Sí	No
¿Es usted persona expuesta políticamente en forma indirecta? <i>(aplica para cónyuge)</i>	Sí	No

D. OCUPACIÓN O ACTIVIDAD ECONÓMICA ACTUAL					
Si el tomador es diferente del asegurado, por favor complete esta sección con los datos del tomador.					
ASALARIADO	PENSIONADO DE LA CCSS	INGRESO DE NEGOCIO PROPIO CON RAZÓN SOCIAL	OTRAS PENSIONES	TRABAJADOR INDEPENDIENTE	
NO GENERADOR DE INGRESOS		OTRAS PENSIONES			
Profesión			Actividad Económica que Origina los Ingresos		
Ingreso Mensual Estimado		Moneda	Realiza Actividades Indicadas en los Artículos 15 Y 15 BIS de la Ley 7786		
		Colones	Dólares	No	Sí
Detalle la actividad					

E. DATOS DEL PATRONO O NEGOCIO PROPIO					
Si el tomador es diferente del asegurado, por favor complete esta sección con los datos del tomador.					
Nombre de la Empresa o Negocio			Actividad de la Empresa o Negocio		
Cargo que Desempeña		Teléfono	Correo Electrónico		
Domicilio Comercial		País	Provincia	Cantón	Distrito
Dirección Exacta (Otras Señas):					

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

G. PREAUTORIZACIÓN CICAC (CENTRO DE INFORMACIÓN CONOZCA A SU CLIENTE)
En calidad de Tomador y Titular de la información, ¿Está de acuerdo en permitir que su información 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 mis datos en el expediente CICAC. Entiendo que seré 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 mis datos o los 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 Cliente (Tomador o Pagador)	Fecha	Firma del Intermediario