



TIPO DE PERSONA		<input type="checkbox"/> CLIENTE	<input type="checkbox"/> PROVEEDOR DE SERVICIOS
		<input type="checkbox"/> PROVEEDOR DE SUMINISTROS	<input type="checkbox"/> INTERMEDIARIO / CORREDURÍA
TIPO DE INSCRIPCIÓN			
<input type="checkbox"/> NUEVA <input type="checkbox"/> MODIFICAR <input type="checkbox"/> RETIRO			
BANCO	TIPO DE CUENTA		MONEDA
	<input type="checkbox"/> AHORROS <input type="checkbox"/> CORRIENTE	<input type="checkbox"/> DÓLARES <input type="checkbox"/> COLONES	
Nº CUENTA:		Nº CUENTA CLIENTE:	
Nº CUENTA IBAN:			
INFORMACIÓN BÁSICA DE LA CUENTA			
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	RAZÓN SOCIAL Y/O NOMBRES Y APELLIDOS	
TELÉFONO (S)			
CORREO ELECTRÓNICO		TIPO DE CORREO:	<input type="checkbox"/> LABORAL <input type="checkbox"/> PERSONAL
Entiendo que este es un servicio a través del cual consignarán directamente a mi cuenta bancaria los pagos que debe hacerme Océánica de Seguros, brindándome más seguridad y ofreciendo mayor comodidad. Para lo cual relaciono mis datos en la parte superior de este formato. Autorizo a Océánica de Seguros, para realizar los pagos a través de transferencia(s) electrónica(s).			
Firma de la persona natural o representante legal			
RECEPCIÓN DE FORMULARIO			
Nombre y firma del responsable de recibir y revisar el formulario		Firma, fecha y hora de recepción por el área de Administración	

