

**FORMULARIO CONOZCA A SU CLIENTE
PERSONA JURÍDICA**

A. DATOS DE LA EMPRESA

| | | | | |
|---|--|--|----------------------|------------|
| Nombre Comercial | | Tipo de Sociedad | | |
| Razón Social | | Fecha de constitución | | |
| Número cédula Jurídica | <input type="checkbox"/> Jurídica Nacional | <input type="checkbox"/> Jurídica Extranjera | País de constitución | |
| Actividad del Cliente: (naturaleza del negocio) | | | | |
| Teléfono | Fax | Cotiza en Bolsa | Correo Electrónico | Página Web |
| Domicilio Comercial | País | Provincia | Cantón | Distrito |
| Dirección Exacta (Otras Señas): | | | | |

B. DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL (Completar Anexo en caso de que exista más de un Representante Legal)

| | | | | |
|---------------------------------|---|-----------------|----------------------------|---|
| Primer Apellido | Segundo Apellido | Nombre completo | Cargo dentro de la empresa | |
| Número de Identificación | Tipo Identificación: | | | Fecha de Caducidad |
| | <input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Cédula Residencia <input type="checkbox"/> tro. Especifique _____ | | | |
| Nacionalidad | Fecha de Nacimiento Día / Mes / Año | | País de Nacimiento | |
| Profesión: | Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Unión Libre | | | Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M |
| Teléfono Residencia | Teléfono Celular | Fax | Apartado Postal | Correo Electrónico: |
| Domicilio Permanente | País | Provincia | Cantón | Distrito |
| Dirección Exacta (Otras Señas): | | | | |

C. ORIGEN DE LOS FONDOS PARA PAGO DE LA PÓLIZA

Origen de los Fondos: (¿De dónde provienen y en que forma?) _____

¿En qué país desarrolla la mayoría de sus actividades económicas? _____ Ingreso mensual estimado _____

¿Se desempeña en actividades citadas en el Artículo 15 y 15 bis de la Ley 8204? SI NO En caso afirmativo, aportar inscripción emitida por SUGEF

D. DATOS DEL PRODUCTO

| | | |
|---|--|---|
| Tipo de seguro | Medio de Pago | |
| | <input type="checkbox"/> Transferencia via SINPE <input type="checkbox"/> Cargo automático a tarjeta de débito o crédito <input type="checkbox"/> Deducción salarial (convenio con empresa) <input type="checkbox"/> Depósito en cuentas de aseguradora o transferencia | <input type="checkbox"/> Efectivo <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Pago por terceros o de cuentas de terceros <input type="checkbox"/> Transferencia electrónica desde el extranjero |
| Frecuencia de las transacciones | | Rango de Prima Mensual |
| <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Bimensual <input type="checkbox"/> Trimestral | <input type="checkbox"/> Cuatrimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual | <input type="checkbox"/> Transacciones mensuales entre \$1.00 a \$5,000.00 <input type="checkbox"/> Transacciones mensuales entre \$5,001.00 a \$20,000.00 <input type="checkbox"/> Transacciones mayores a \$20,001.00 |

E. PERSONAS EXPUESTAS PUBLICAMENTE (PEP's)

¿Algún Socio, Director o Representante de la empresa desempeña o ha desempeñado algún cargo político? SI NO

En caso afirmativo, indique el periodo durante el cual desempeñó dichas funciones: _____

¿Algún Socio, Director o Representante de la empresa tiene relación directa (consanguinidad) o indirecta (afinidad) con alguna persona expuesta políticamente (PEP)? SI NO

Detalle el tipo de relación _____

F. PARTICIPACION ACCIONARIA

Indique los nombres de los principales socios de la empresa y su porcentaje de participación accionaria. Solamente se deben incluir aquellos socios que posean 10% o más de participación en el capital de la empresa. Completar Anexo con información mínima requerida de cada socio.

| Nombre completo | Porcentaje de participación | Número de identificación |
|-----------------|-----------------------------|--------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

G. DECLARACION JURADA

Para efectos del presente contrato declaro expresamente lo siguiente: 1. Tanto mi actividad, como profesión u oficio, son lícitos y los ejerzo dentro de los marcos legales. 2. Los dineros con los que adquirí los bienes relacionados y los utilizados para pagar la prima del presente contrato no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en la legislación costarricense. 3. Las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verídicas en la forma que aparecen descritas; por lo tanto, la falsedad, omisión o error en ellas, tendrán las consecuencias estipuladas por la ley. 4. Me obligo con la compañía a mantener actualizada la información suministrada, de acuerdo con los procedimientos que para tal efecto tenga dispuesta la compañía. 5. Autorizo a PAN-AMERICAN LIFE INSURANCE DE COSTA RICA, S.A., en forma expresa, para reportar, procesar, solicitar, suministrar o divulgar, únicamente a las entidades legalmente autorizadas, de conformidad con la Ley 8204, todo lo relativo a mi información.

H. FIRMAS

| | | |
|-------------------|-------|---------------------------|
| Firma del Cliente | Fecha | Nombre y Firma del Asesor |
|-------------------|-------|---------------------------|

**ANEXO
FORMULARIO CONOZCA A SU CLIENTE**

1.1 DATOS GENERALES

| | | | | |
|---|------------------|---|-----------------|---|
| Relación: <input type="checkbox"/> Representante Legal <input type="checkbox"/> Accionista <input type="checkbox"/> Beneficiario <input type="checkbox"/> Agente Residente <input type="checkbox"/> Otro. Especifique _____ | | | | |
| Primer apellido | | Segundo apellido | | Nombre |
| Número de Identificación | | Tipo Identificación: <input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Cédula Residencia <input type="checkbox"/> Otro. Especifique: _____ | | Fecha de Caducidad Día / Mes / Año |
| Nacionalidad | | Fecha de Nacimiento Día / Mes / Año | | País de Nacimiento |
| Profesión: | | Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Unión Libre | | Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> |
| Teléfono Residencia | Teléfono Celular | Fax | Apartado Postal | Correo Electrónico: |
| Domicilio Permanente | País | Provincia | Cantón | Distrito |
| Dirección Exacta (Otras Señas): | | | | |
| Manifiesta desempeñar o haber desempeñado algún cargo político (PEP), en el país o en el extranjero SI NO | | | | |

1.2 DATOS GENERALES

| | | | | |
|---|------------------|---|-----------------|---|
| Relación: <input type="checkbox"/> Representante Legal <input type="checkbox"/> Accionista <input type="checkbox"/> Beneficiario <input type="checkbox"/> Agente Residente <input type="checkbox"/> Otro. Especifique _____ | | | | |
| Primer apellido | | Segundo apellido | | Nombre |
| Número de Identificación | | Tipo Identificación: <input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Cédula Residencia <input type="checkbox"/> Otro. Especifique: _____ | | Fecha de Caducidad Día / Mes / Año |
| Nacionalidad | | Fecha de Nacimiento Día / Mes / Año | | País de Nacimiento |
| Profesión: | | Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Unión Libre | | Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> |
| Teléfono Residencia | Teléfono Celular | Fax | Apartado Postal | Correo Electrónico: |
| Domicilio Permanente | País | Provincia | Cantón | Distrito |
| Dirección Exacta (Otras Señas): | | | | |
| Manifiesta desempeñar o haber desempeñado algún cargo político (PEP), en el país o en el extranjero SI NO | | | | |

1.3 DATOS GENERALES

| | | | | |
|---|------------------|---|-----------------|---|
| Relación: <input type="checkbox"/> Representante Legal <input type="checkbox"/> Accionista <input type="checkbox"/> Beneficiario <input type="checkbox"/> Agente Residente <input type="checkbox"/> Otro. Especifique _____ | | | | |
| Primer apellido | | Segundo apellido | | Nombre |
| Número de Identificación | | Tipo Identificación: <input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Cédula Residencia <input type="checkbox"/> Otro. Especifique: _____ | | Fecha de Caducidad Día / Mes / Año |
| Nacionalidad | | Fecha de Nacimiento Día / Mes / Año | | País de Nacimiento |
| Profesión: | | Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Unión Libre | | Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> |
| Teléfono Residencia | Teléfono Celular | Fax | Apartado Postal | Correo Electrónico: |
| Domicilio Permanente | País | Provincia | Cantón | Distrito |
| Dirección Exacta (Otras Señas): | | | | |
| Manifiesta desempeñar o haber desempeñado algún cargo político (PEP), en el país o en el extranjero SI NO | | | | |

2. FIRMAS

| | | |
|-------------------|-------|---------------------------|
| | | |
| Firma del Cliente | Fecha | Nombre y Firma del Asesor |