

# FORMULARIO CONOZCA A SU CLIENTE PERSONA JURÍDICA

## A. DATOS GENERALES

Nombre Comercial		Tipo de Sociedad	
Razón Social		Número cédula Jurídica _____	
Naturaleza del negocio		<input type="checkbox"/> Jurídica Nacional <input type="checkbox"/> Jurídica Extranjera	
Fecha de constitución		Teléfono	
País de constitución		Cotiza en Bolsa	
Página Web		Correo Electrónico	
Domicilio Comercial			
País	Estado/Provincia	Cantón	Distrito

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

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre	
Cargo dentro de la empresa		Número de Identificación	Tipo Identificación:	Fecha de Caducidad	Estado Civil:
Nacionalidad		Fecha de Nacimiento Mes / Día / Año		País de Nacimiento	
Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Profesión:		Teléfono Residencia		Teléfono Celular
Domicilio Permanente			Correo Electrónico:		
País	Provincia	Cantón	Distrito		

## C. ORIGEN DE LOS FONDOS PARA PAGO DE LA PÓLIZA

Origen de los Fondos: (¿De dónde provienen y en qué forma?)		¿En qué país desarrolla la mayoría de sus actividades económicas?	
<input type="checkbox"/> No ¿Se desempeña entre las actividades citadas en el Artículo 15 y 15 bis de la Ley 8204? En caso afirmativo, indique el período durante el cual desempeñó dichas funciones: _____		Ingreso mensual estimado	
<input type="checkbox"/> Sí			

## D. DATOS DEL PRODUCTO

Tipo de seguro	Frecuencia de las transacciones	Rango de Prima Mensual
	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Cuatrimestral <input type="checkbox"/> Bimensual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> Transacciones mensuales entre \$1.00 a \$1,000.00 <input type="checkbox"/> Transacciones mensuales entre \$1,001.00 a \$5,000.00 <input type="checkbox"/> Transacciones mayores a \$5,001.00
Medio de Pago		
<input type="checkbox"/> Pago Directo <input type="checkbox"/> Débito automático Bancario (ACH) <input type="checkbox"/> Débito Automático por Tarjeta de Crédito <input type="checkbox"/> Transferencia Bancaria <input type="checkbox"/> Deducción por Nómina		

## E. PERSONAS EXPUESTAS PÚBLICAMENTE (PEPs)

<input type="checkbox"/> No ¿Algún Socio, Director o Representante de la empresa desempeña o ha desempeñado algún cargo político? En caso afirmativo, indique el período durante el cual desempeñó dichas funciones: _____	
<input type="checkbox"/> Sí	
<input type="checkbox"/> No ¿Algún Socio, Director o Representante de la empresa tiene relación directa (consaguinidad) o indirecta (afinidad) con alguna persona expuesta políticamente (PEP)? Detalle el tipo de relación: _____	
<input type="checkbox"/> Sí	

## F. DECLARACIÓN 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.

## G. FIRMAS

Firma del Cliente	Fecha MM/DD/AAAA
<b>X</b> _____	_____
Firma del Intermediario de Seguro:	
<b>X</b> _____	_____

# FORMULARIO CONOZCA A SU CLIENTE PERSONA JURÍDICA

## PARTICIPACIÓN 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.

Primer apellido	Segundo apellido/Casada	Nombre	% de participación	Número de identificación

## DATOS GENERALES

Relación:  Representante Legal  Accionista  Beneficiario  Agente Residente  Otro Especifique: \_\_\_\_\_

Primer apellido: \_\_\_\_\_ Segundo apellido/Casada: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Sexo:  F  M Número de Identificación: \_\_\_\_\_ Tipo Identificación: \_\_\_\_\_ Fecha de Caducidad: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento Mes / Día / Año: \_\_\_\_\_ País de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_ Teléfono Residencia: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Domicilio Permanente: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

País: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Cantón: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_

No  Sí ¿Manifiesta desempeñar o haber desempeñado algún cargo político (PEP), en el país o en el extranjero?

## DATOS GENERALES

Relación:  Representante Legal  Accionista  Beneficiario  Agente Residente  Otro Especifique: \_\_\_\_\_

Primer apellido: \_\_\_\_\_ Segundo apellido/Casada: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Sexo:  F  M Número de Identificación: \_\_\_\_\_ Tipo Identificación: \_\_\_\_\_ Fecha de Caducidad: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento Mes / Día / Año: \_\_\_\_\_ País de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_ Teléfono Residencia: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Domicilio Permanente: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

País: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Cantón: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_

No  Sí ¿Manifiesta desempeñar o haber desempeñado algún cargo político (PEP), en el país o en el extranjero?

## FIRMAS

Firma del Cliente \_\_\_\_\_ Fecha MM/DD/AAAA \_\_\_\_\_

**X** \_\_\_\_\_

Firma del Intermediario de Seguro: \_\_\_\_\_

**X** \_\_\_\_\_

# FORMULARIO CONOZCA A SU CLIENTE PERSONA JURÍDICA

## 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/Casada		Nombre	
Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Número de Identificación	Tipo Identificación:	Fecha de Caducidad	Estado Civil:	
Nacionalidad		Fecha de Nacimiento Mes / Día / Año	País de Nacimiento		
Profesión:		Teléfono Residencia		Teléfono Celular	
Domicilio Permanente			Correo Electrónico:		
País		Provincia	Cantón	Distrito	
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Manifiesta desempeñar o haber desempeñado algún cargo político (PEP), en el país o en el extranjero?					

## 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/Casada		Nombre	
Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Número de Identificación	Tipo Identificación:	Fecha de Caducidad	Estado Civil:	
Nacionalidad		Fecha de Nacimiento Mes / Día / Año	País de Nacimiento		
Profesión:		Teléfono Residencia		Teléfono Celular	
Domicilio Permanente			Correo Electrónico:		
País		Provincia	Cantón	Distrito	
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Manifiesta desempeñar o haber desempeñado algún cargo político (PEP), en el país o en el extranjero?					

## 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/Casada		Nombre	
Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Número de Identificación	Tipo Identificación:	Fecha de Caducidad	Estado Civil:	
Nacionalidad		Fecha de Nacimiento Mes / Día / Año	País de Nacimiento		
Profesión:		Teléfono Residencia		Teléfono Celular	
Domicilio Permanente			Correo Electrónico:		
País		Provincia	Cantón	Distrito	
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Manifiesta desempeñar o haber desempeñado algún cargo político (PEP), en el país o en el extranjero?					

## 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/Casada		Nombre	
Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Número de Identificación	Tipo Identificación:	Fecha de Caducidad	Estado Civil:	
Nacionalidad		Fecha de Nacimiento Mes / Día / Año	País de Nacimiento		
Profesión:		Teléfono Residencia		Teléfono Celular	
Domicilio Permanente			Correo Electrónico:		
País		Provincia	Cantón	Distrito	
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Manifiesta desempeñar o haber desempeñado algún cargo político (PEP), en el país o en el extranjero?					

## FIRMAS

Firma del Cliente \_\_\_\_\_ Fecha MM/DD/AAAA \_\_\_\_\_

**X** \_\_\_\_\_  
Firma del Intermediario de Seguro:

**X** \_\_\_\_\_



Compañía miembro de Pan-American Life Insurance Group

# FORMULARIO CONOZCA A SU CLIENTE PERSONA JURÍDICA

## 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/Casada		Nombre	
Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Número de Identificación	Tipo Identificación:	Fecha de Caducidad	Estado Civil:	
Nacionalidad		Fecha de Nacimiento Mes / Día / Año	País de Nacimiento		
Profesión:		Teléfono Residencia		Teléfono Celular	
Domicilio Permanente			Correo Electrónico:		
País		Provincia	Cantón	Distrito	
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Manifiesta desempeñar o haber desempeñado algún cargo político (PEP), en el país o en el extranjero?					

## 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/Casada		Nombre	
Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Número de Identificación	Tipo Identificación:	Fecha de Caducidad	Estado Civil:	
Nacionalidad		Fecha de Nacimiento Mes / Día / Año	País de Nacimiento		
Profesión:		Teléfono Residencia		Teléfono Celular	
Domicilio Permanente			Correo Electrónico:		
País		Provincia	Cantón	Distrito	
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Manifiesta desempeñar o haber desempeñado algún cargo político (PEP), en el país o en el extranjero?					

## 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/Casada		Nombre	
Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Número de Identificación	Tipo Identificación:	Fecha de Caducidad	Estado Civil:	
Nacionalidad		Fecha de Nacimiento Mes / Día / Año	País de Nacimiento		
Profesión:		Teléfono Residencia		Teléfono Celular	
Domicilio Permanente			Correo Electrónico:		
País		Provincia	Cantón	Distrito	
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Manifiesta desempeñar o haber desempeñado algún cargo político (PEP), en el país o en el extranjero?					

## 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/Casada		Nombre	
Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Número de Identificación	Tipo Identificación:	Fecha de Caducidad	Estado Civil:	
Nacionalidad		Fecha de Nacimiento Mes / Día / Año	País de Nacimiento		
Profesión:		Teléfono Residencia		Teléfono Celular	
Domicilio Permanente			Correo Electrónico:		
País		Provincia	Cantón	Distrito	
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Manifiesta desempeñar o haber desempeñado algún cargo político (PEP), en el país o en el extranjero?					

## FIRMAS

Firma del Cliente \_\_\_\_\_ Fecha MM/DD/AAAA \_\_\_\_\_

**X** \_\_\_\_\_  
Firma del Intermediario de Seguro:

**X** \_\_\_\_\_



Compañía miembro de Pan-American Life Insurance Group

# FORMULARIO CONOZCA A SU CLIENTE PERSONA JURÍDICA

## 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/Casada		Nombre	
Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Número de Identificación	Tipo Identificación:	Fecha de Caducidad	Estado Civil:	
Nacionalidad		Fecha de Nacimiento Mes / Día / Año	País de Nacimiento		
Profesión:		Teléfono Residencia		Teléfono Celular	
Domicilio Permanente			Correo Electrónico:		
País		Provincia	Cantón	Distrito	
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Manifiesta desempeñar o haber desempeñado algún cargo político (PEP), en el país o en el extranjero?					

## 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/Casada		Nombre	
Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Número de Identificación	Tipo Identificación:	Fecha de Caducidad	Estado Civil:	
Nacionalidad		Fecha de Nacimiento Mes / Día / Año	País de Nacimiento		
Profesión:		Teléfono Residencia		Teléfono Celular	
Domicilio Permanente			Correo Electrónico:		
País		Provincia	Cantón	Distrito	
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Manifiesta desempeñar o haber desempeñado algún cargo político (PEP), en el país o en el extranjero?					

## 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/Casada		Nombre	
Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Número de Identificación	Tipo Identificación:	Fecha de Caducidad	Estado Civil:	
Nacionalidad		Fecha de Nacimiento Mes / Día / Año	País de Nacimiento		
Profesión:		Teléfono Residencia		Teléfono Celular	
Domicilio Permanente			Correo Electrónico:		
País		Provincia	Cantón	Distrito	
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Manifiesta desempeñar o haber desempeñado algún cargo político (PEP), en el país o en el extranjero?					

## 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/Casada		Nombre	
Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Número de Identificación	Tipo Identificación:	Fecha de Caducidad	Estado Civil:	
Nacionalidad		Fecha de Nacimiento Mes / Día / Año	País de Nacimiento		
Profesión:		Teléfono Residencia		Teléfono Celular	
Domicilio Permanente			Correo Electrónico:		
País		Provincia	Cantón	Distrito	
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Manifiesta desempeñar o haber desempeñado algún cargo político (PEP), en el país o en el extranjero?					

## FIRMAS

Firma del Cliente \_\_\_\_\_ Fecha MM/DD/AAAA \_\_\_\_\_

**X** \_\_\_\_\_  
Firma del Intermediario de Seguro:

**X** \_\_\_\_\_



Compañía miembro de Pan-American Life Insurance Group