



San Rafael de Escazú, Edificio BMI, Calle Paralela
a la Ruta 27, San José, Costa Rica.

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	
CEDULA	PASAPORTE	DIMEX	DIDI		
Estado Civil					
CASADO	DIVORCIADO	SEPARADO	SOLTERO	UNIÓN LIBRE	VIUDO
Teléfono de Residencia		Teléfono Celular		Correo Electrónico	
País de Nacimiento		Nacionalidad		Fecha de Nacimiento	
Otra Nacionalidad					
No	Si	Cuál?			
Domicilio de Residencia:		País	Provincia	Cantón	Distrito
Dirección Exacta (Otras Señas):					

B. DATOS GENERALES DEL TITULAR O PAGADOR

****Si el titular o pagador es diferente del asegurado, por favor complete esta sección con los datos del titular o pagador****

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

C. PERSONAS EXPUESTAS POLITICAMENTE (PEP)

****Si el titular o pagador es diferente del asegurado, por favor complete esta sección con los datos del titular o pagador****

¿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? (aplica para cónyuge)	Sí	No

D. OCUPACIÓN O ACTIVIDAD ECONÓMICA ACTUAL

****Si el titular o pagador es diferente del asegurado, por favor complete esta sección con los datos del titular o pagador****

ASALARIADO	INGRESO DE NEGOCIO PROPIO CON RAZÓN SOCIAL	TRABAJADOR INDEPENDIENTE
PENSIONADO DE LA CCSS	OTRAS PENSIONES	NO GENERADOR DE INGRESOS
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	



San Rafael de Escazú, Edificio BMI, Calle Paralela a la Ruta 27, San José, Costa Rica.

FORMULARIO CONOZCA A SU CLIENTE

PERSONA FÍSICA

Residencia fiscal según FATCA y CRS

****Esta información se solicita para saber si usted es residente fiscal en Estados Unidos (FATCA) o en otro país distinto a Costa Rica (CRS). ****

¿El titular o pagador tiene residencia fiscal fuera de Costa Rica o está obligado a pagar impuestos en otro país?

No (Al marcar esta opción, debe leer y confirmar los términos de aceptación).

Sí (Al marcar esta opción, debe indicar los otros países donde es contribuyente y el número de identificación fiscal correspondiente).

Si respondió "sí", por favor indique los países, distintos a su residencia fiscal, en los que paga impuesto sobre la renta, junto con el número de identificación fiscal en cada uno.

País	TIN	Justificación
País	TIN	Justificación

La información proporcionada podrá ser utilizada y compartida por Best Meridian Insurance Company con autoridades tributarias nacionales o extranjeras según FATCA y CRS u otras normativas similares. Me comprometo a notificar cualquier cambio en mi residencia fiscal o datos relevantes dentro de 30 días naturales.

E. DATOS DEL PATRONO O NEGOCIO PROPIO

****Si el titular o pagador es diferente del asegurado, por favor complete esta sección con los datos del titular o pagador****

Nombre de la Empresa o Negocio		Actividad de la Empresa o Negocio		
Cargo que Desempeña	Teléfono	Correo Electrónico		
Domicilio Comercial Dirección Exacta (Otras Señas):	País	Provincia	Cantón	Distrito

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 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 o falsedad. Por este medio me comprometo 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 (Titular o Pagador)	Fecha	Firma del Intermediario
---------------------------------------	-------	-------------------------