

CONOZCA A SU CLIENTE
PERSONA JURÍDICA



Fecha: 15/11/2024

Código: SGC-GGO-CUM-P01-F08

Ver: 7.0

La información establecida en este formulario se encuentra establecida en la normativa para la Ley 7786.

Instrucciones

*Este formulario debe entregarse con todos los espacios completos.
 *Cuando no aplique alguna casilla debe indicarse N/A o colocar una línea transversal.
 *Este formulario no debe presentar tachones, alternaciones ni uso de corrector.
 *TIN: Siglas en inglés para determinar el número de identificación del contribuyente extranjero.
 *PEP: Persona Expuesta Políticamente

Cliente nuevo **Actualización** **Fecha:** ___ / ___ / ___

A. DATOS DE LA EMPRESA

NOMBRE COMERCIAL		RAZÓN SOCIAL		CÓDIGO DE CLIENTE	
TIPO DE SOCIEDAD	CÉDULA JURÍDICA	TIPO DE CÉDULA JURÍDICA	PAÍS DE CONSTITUCIÓN	FECHA DE CONSTITUCIÓN	
		<input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> EXTRANJERO			
ACTIVIDAD DEL CLIENTE (NATURALEZA DEL NEGOCIO):		PAÍS DE CONTACTO COMERCIAL:			
TELÉFONO		EMAIL	APARTADO POSTAL	PÁGINA WEB	
DOMICILIO COMERCIAL		PAÍS	PROVINCIA	CANTÓN	DISTRITO

Dirección exacta (otras señas):

Correo para envío de factura electrónica:

B. DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL (COMPLETAR SECCION I EN CASO DE QUE EXISTA MÁS DE UN REPRESENTANTE LEGAL)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	POSICIÓN QUE OCUPA EN LA EMPRESA	
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	TIPO DE IDENTIFICACIÓN		FECHA DE CADUCIDAD	
		<input type="checkbox"/> CÉDULA <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> CÉDULA RESIDENCIA <input type="checkbox"/> OTRO:		
POSEE DOBLE NACIONALIDAD	FECHA DE NACIMIENTO	PAÍS DE NACIMIENTO	CORREO ELECTRÓNICO	
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				
PROFESIÓN	ESTADO CIVIL		SEXO	
		<input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> SEPARADO	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> OTRO	
TELÉFONO DE RESIDENCIA	TELÉFONO CELULAR	EMAIL	APARTADO POSTAL	
DOMICILIO PERMANENTE	PAÍS	PROVINCIA	CANTÓN	DISTRITO

Dirección exacta (otras señas):

C. ORIGEN DE LOS FONDOS PARA EL 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?

Operación de negocios efectuada en el país.
 Operación de negocios efectuada en el país y en el extranjero.
 Operación de negocios efectuada en el extranjero.

D. SE ENCUENTRA INSCRITO COMO CONTRIBUYENTE TRIBUTARIO EN EL EXTRANJERO

Sí No Número de TIN: _____

INGRESO MENSUAL ESTIMADO **¿LOS FONDOS POR MOVILIZAR SON PROPIOS O DE TERCEROS?**

Colones Dólares Monto: _____ Propios De terceros

¿Se desempeña entre las actividades citadas en el artículo 15 de la Ley 7786 (manejo de fondos de terceros físicos o jurídicos)?: Sí No En caso afirmativo aportar inscripción emitida por la Sugef.

E. PERSONAS EXPUESTAS POLÍTICAMENTE (PEPs)				
¿Algún socio, director o representante de la empresa desempeña o ha desempeñado algún cargo político? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
En caso afirmativo, indique el período durante el cual desempeñó dichas funciones: De: _____ hasta: _____				
¿Algún socio, director o representante de la empresa tiene relación directa (consanguinidad) o indirecta (afinidad) con alguna persona expuesta políticamente (PEP)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Detalle el tipo de relación:				
F. Esta sección debe completarse solamente en caso de que la empresa cuente con más de un representante legal				
1. DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL				
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	POSICIÓN QUE OCUPA EN LA EMPRESA	
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	TIPO DE IDENTIFICACIÓN			FECHA DE CADUCIDAD
	<input type="checkbox"/> CÉDULA <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> CÉDULA RESIDENCIA <input type="checkbox"/> OTRO: _____			
POSEE DOBLE NACIONALIDAD <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	FECHA DE NACIMIENTO	PAÍS DE NACIMIENTO	CORREO ELECTRÓNICO	
PROFESIÓN	ESTADO CIVIL		SEXO	
	<input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> SEPARADO		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> OTRO	
TELÉFONO DE RESIDENCIA	TELÉFONO CELULAR	FAX	APARTADO POSTAL	
DOMICILIO PERMANENTE	PAÍS	PROVINCIA	CANTÓN	DISTRITO
Dirección exacta (otras señas):				
Manifiesta desempeñar o haber desempeñado algún cargo, que implique funciones públicas destacadas en el país o en el extranjero. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
DECLARACIÓN JURADA PERSONA JURÍDICA				
Para efectos del presente contrato declaro expresamente lo siguiente: 1- La actividad económica de mi representada es lícita y se ejerce dentro de los marcos legales. 2- Los dineros con los que se adquirieron los bienes relacionados y 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- Mi representada se obliga con la compañía a mantener actualizada la información suministrada, de acuerdo con los procedimientos que para tales efectos tenga dispuesto MNK Seguros Compañía Aseguradora S.A. 5- Autorizo a MNK Seguros Compañía Aseguradora S.A, en forma expresa, para reportar, procesar, solicitar, suministrar o divulgar, únicamente a las entidades legalmente autorizadas, de conformidad con la Ley 7786, todo lo relativo a la información de mi representada. 6- Autorizo a MNK Seguros para acceder a los sistemas de empresas comercializadoras de bases de datos o cualquier otra similar, para verificar datos, información personal, sean datos personales de acceso irrestricto o de acceso restringido, incluyendo dentro de estos, fotografía del documento de identidad permitidos de conformidad con la Ley 8969 de Protección de la Persona frente al tratamiento de sus datos personales. 7. Me comprometo a mantener informado a MNK Seguros sobre cambios que puedan presentarse a futuro, con respecto a la información declarada en este formulario mientras exista una relación comercial y contractual entre las partes.				
Nombre y firma de representante legal		Lugar y fecha		Nombre y firma del asesor que completó el formulario

Preautorización Cicac (Centro de Información Conozca a su Cliente)

Aceptación del cliente para autorizar la consulta, inclusión o actualización de los datos en el Cicac: El artículo 16 bis de la Ley 7786 establece la creación de la base de datos con información de la política Conozca a su cliente de los sujetos obligados, denominada Centro de Información Conozca a su cliente (Cicac). Se trata de un expediente electrónico que recopila y almacena la información de cada cliente, como insumo básico para la atención de la política conozca a su cliente (PCC). Además, es una herramienta de prevención de los riesgos de lavado de dinero y financiamiento del terrorismo para uso del sistema financiero supervisado. Los sujetos obligados requieren de previo una autorización por parte del cliente para poder consultar la información contenida en el Cicac.

Nombre del cliente: _____	Identificación: _____
Nombre del representante legal: _____	Identificación: _____

Aceptación sobre Cicac: el cliente manifiesta conocer y aceptar en forma expresa, que ha recibido información necesaria y explicación previa por parte de MNK Seguros registrado ante Sugese bajo la licencia A13, respecto al objeto, alcance, funcionamiento, acceso y uso de la información del Centro de Información Conozca a su Cliente (en adelante denominado Cicac). El mismo constituye un expediente electrónico que recopila y almacena la información del cliente como insumo básico para la atención de la política conozca a su cliente, administrado por la Superintendencia General de Entidades Financieras (Sugef). Asimismo, declara entender, que los sujetos obligados, supervisados por las superintendencias adscritas en el Consejo Nacional de Supervisión del Sistema Financiero (Conassif), pueden tener acceso al Cicac, siempre y cuando exista una autorización previa por parte del titular de la información (cliente).

Por lo tanto, en su condición de cliente y titular de la información, ¿está de acuerdo en permitir que su información sea incluida, consultada o actualizada en el Centro de Información Conozca a su Cliente (CICAC), por colaboradores o personeros autorizados de MNK Seguros Compañía Aseguradora, quien actúa como su contraparte en el contrato de seguro a suscribir?:

Sí No En caso negativo favor indicar el motivo: _____

Cliente sin firma digital y reside en el extranjero.

En caso de que acepte, colaboradores o personeros autorizados, se pondrán en contacto posteriormente para formalizar su autorización y consentimiento conforme los requerimientos normativos para la consulta y/o actualización de sus datos en Cicac.

Firma del representante legal: _____

Fecha: _____

