



La información establecida en este formulario se encuentra establecida en la normativa para la Ley 8204.

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, uso de corrector.
- *TIN: Siglas en inglés para determinar el número de identificación del contribuyente.

Cliente Nuevo Actualización Fecha: ___ / ___ / ___

A. DATOS DE LA EMPRESA

NOMBRE COMERCIAL		RAZÓN SOCIAL		CÓDIGO DE CLIENTE	
TIPO DE SOCIEDAD		N. CÉDULA JURÍDICA	TIPO DE CÉDULA JURÍDICA	PAÍS DE CONSTITUCIÓN	
				<input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> EXTRANJERO	
ACTIVIDAD DEL CLIENTE (NATURALEZA DEL NEGOCIO)		PAÍS DE CONTACTO COMERCIAL			
TELÉFONO		CORREO ELECTRÓNICO	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 <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		
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. SÍ NO

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 OTRO PAÍS

SÍ NÚMERO DE TIN: _____ NO

INGRESO MENSUAL ESTIMADO Colones <input type="checkbox"/> Dólares <input type="checkbox"/>	¿LOS FONDOS POR MOVILIZAR SON PROPIOS O DE TERCEROS? <input type="checkbox"/> Propios <input type="checkbox"/> De terceros
---	---

¿Se desempeña entre las actividades citadas en el Artículo 15 de la Ley Sugef 8204 (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? SÍ NO

En caso afirmativo, indique el período 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)? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				
Detalle el tipo de relación:				
F. 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.				
NOMBRE COMPLETO	PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN		
IMPORTANTE: Si los representantes legales son diferentes a los accionistas acá mencionados, se debe presentar anexo con sus datos personales.				
G. DESCRIPCIÓN DE LA PÓLIZA				
TIPO DE SEGURO		MONTO ASEGURADO		
PERIODICIDAD DE PAGO	<input type="checkbox"/> ANUAL <input type="checkbox"/> SEMESTRAL <input type="checkbox"/> TRIMESTRAL <input type="checkbox"/> MENSUAL			
FORMA DE PAGO DE LA PÓLIZA	<input type="checkbox"/> EFECTIVO <input type="checkbox"/> CHEQUE <input type="checkbox"/> TARJETA DE CRÉDITO <input type="checkbox"/> TRANSFERENCIA NACIONAL <input type="checkbox"/> TRANSFERENCIA DEL EXTERIOR <input type="checkbox"/> REBAJO DE PLANILLA <input type="checkbox"/> OTRO. Especifique: _____			
H. CORRESPONDENCIA				
FAVOR INDICAR EL MEDIO POR EL CUAL DESEA QUE SE LE ENVÍE LA INFORMACIÓN				
<input type="checkbox"/> APARTADO POSTAL	<input type="checkbox"/> DIRECCIÓN FÍSICA	<input type="checkbox"/> CORREO ELECTRÓNICO. Especifique: _____		
I. 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 DENTIFICACIÓN		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	
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				
2. DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL				
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	POSICIÓN QUE OCUPA EN LA EMPRESA	
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	TIPO DE DENTIFICACIÓN		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	
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 tal efectos tenga dispuesto Océánica de Seguros, S.A. 5- Autorizo a Océánica de Seguros, 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 la información de mi representada. 6- Autorizo a Océánica 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 Océánica 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

