









				<b>RE01-PR61GR02 / Edición 1</b> <b>FORMULARIO CORPORATIVO CONOZCA A SU CLIENTE</b> <b>(Persona Física)</b>			
   							
<b>A. DATOS GENERALES</b>							
Nombre Completo			Primer Apellido		Segundo Apellido		
Tipo de Identificación			Número de Identificación:		Sexo		Estado Civil
Fecha de vencimiento ID		Día [DD]	Mes [MM]	Año [YYYY]	Fecha de nacimiento:		Día [DD]
							Mes [MM]
							Año [YYYY]
Fecha de nacimiento:			País de nacimiento		Nacionalidad		
Domicilio de Residencia		País:		Estado/Provincia:		Ciudad/Cantón:	
Distrito/Barrio		Otras Señas					
Apartado Postal		Teléfono Residencia			Teléfono Celular		Fax
Correo Electrónico		Envío de correspondencia			Autorizo al Banco Nacional a enviarme mensajes a mi correo:		
Profesión:		Ocupación			Autorizo al Banco Nacional a enviarme mensajes de texto :		
Cliente sin Profesión?? Explique su oficio:				Tipo de Trabajador			
Nivel Ingresos Promedio MENSUAL (en dólares)				Especifique Monto si supera los \$ 750,000.00 :			
<b>B. DATOS DE LA EMPRESA O LUGAR DE TRABAJO</b>							
Nombre de la empresa, negocio o patrono				Cargo que desempeña			
Teléfono[s]:		Fax:		Actividad de la empresa o patrono			
¿Cliente es asegurado ante la C.C.S.S?				En caso afirmativo presentar copia de orden patronal			
<b>C. PERFIL TRANSACCIONAL</b>							
Productos solicitados del Banco Nacional:				<input type="checkbox"/> Cuenta Corriente <input type="checkbox"/> Cuenta de Ahorros-Electrónica <input type="checkbox"/> Inversiones (CDP-ICP) <input type="checkbox"/> NO Aplica, Actualización de Datos.			
Especifique:							
Nivel Estimado de Transacciones por mes:				La sumatoria de las transacciones (causales de ingresos) en todas las cuentas de un mismo cliente realizadas en un mes calendario (depósitos, transferencias, inversiones, venta divisas, otros)			
Especifique Monto si supera los \$ 750,000.00							
Adquiere productos de subsidiarias ?? :				En caso afirmativo especifique subsidiaria(s): <input type="checkbox"/> BN VALORES <input type="checkbox"/> BN FONDOS <input type="checkbox"/> BN CORREDORA SEGUROS <input type="checkbox"/> BN VITAL			
Volumen Máximo de Inversión				El Volumen Máximo de inversiones se define como el estimado de la capacidad máxima de ahorro o de inversión del cliente durante el tiempo que se mantenga la relación comercial con el Conglomerado (CDP's, ICP, Fondos de Inversión, Mercados de Liquidez, Inversiones Bursátiles, Fondos de Pensiones Voluntarios, entre otros).			
Especifique Monto si supera los \$ 750,000.00							
Otros Servicios generales por utilizar		<input type="checkbox"/> * Transferencias al Exterior <input type="checkbox"/> * Valores del Exterior <input type="checkbox"/> Internet Banking <input type="checkbox"/> Tarjeta Servibanca <input type="checkbox"/> Compra y Venta de Divisas <input type="checkbox"/> Cheques de Gerencia					
		<input type="checkbox"/> * Transferencias del Exterior <input type="checkbox"/> * Giros Internacionales <input type="checkbox"/> Banca Telefónica <input type="checkbox"/> Otros, Especifique:					
(*) Justificación de las transacciones internacionales:							
<b>D. ORIGEN DE LOS FONDOS</b>							
Detalle del origen de los fondos:							
Los fondos por movilizar son propios o de terceros * ?							
(*) En caso de personas sin ingresos o que manejan fondos de TERCEROS, Recuerde que debe Aplicar la Política Conozca a su Cliente completa a cada uno de los propietarios de los fondos.							
¿Es un sujeto obligado de acuerdo con el artículo 15 de la Ley 8204?		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		En caso afirmativo, requerir inscripción ante la SUGEF			
¿Es usted una persona Políticamente Expuesta ?		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					
o tiene algún parentesco o relación con personas en esta condición? (PEP)		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Relacion:			
Indique ID y el nombre del PEP:		Tipo ID		Número ID		Nombre PEP:	
El Artículo 15 de la Normativa del CONASSIF para cumplir con la Ley 8204 define Persona Expuesta Políticamente:							
Las Personas expuestas políticamente (PEPs) son aquellas que de conformidad con la Ley contra la corrupción y el enriquecimiento ilícito en la función pública, deben rendir declaración jurada sobre su situación patrimonial ante la Contraloría de la República por ocupar cargos políticos, para el cónyuge y las personas con las que los PEPs mantengan parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado, así como para las sociedades en las que tengan vínculos patrimoniales.							
Motivos para Establecer la relación Comercial: (indicar el uso o finalidad de la cuenta)							
<input type="checkbox"/> Ahorros Personales <input type="checkbox"/> Ahorros Familiares		<input type="checkbox"/> Flujo del Negocio Propio <input type="checkbox"/> Pagos de Clientes		<input type="checkbox"/> * Donaciones <input type="checkbox"/> * Objetivo Específico		<input type="checkbox"/> * Otros, Especifique:	
(*) Especifique (Donaciones-Objetivo Específico-Otros)							
<b>E. DESIGNACION DE AUTORIZADOS</b>							
¿Cliente Designa Autorizados ?		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Aplica los Autorizados para Productos de: <input type="checkbox"/> BANCO NACIONAL <input type="checkbox"/> BN VITAL <input type="checkbox"/> BN VALORES <input type="checkbox"/> BN CORREDORA SEGUROS <input type="checkbox"/> BN FONDOS			
En caso afirmativo indicar los datos del o los Beneficiarios en el Inciso E de este formulario.							
<b>F. DESIGNACION DE BENEFICIARIOS</b>							
¿Cliente Designa Beneficiarios ?		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Aplica los Beneficiarios para Productos de: <input type="checkbox"/> BANCO NACIONAL <input type="checkbox"/> BN VITAL			
En caso afirmativo indicar los datos del o los Autorizados en el Inciso F de este formulario.							
El Conglomerado Banco Nacional cuenta con políticas para el resguardo de la información de sus clientes, así como para el impedimento de la utilización de sus datos por parte de terceros ajenos al Conglomerado.							
Declaro bajo la fe de juramento, que este formulario ha sido completado por mi o en mi presencia, y que la información que he suministrado es fiel y verdadera, por tanto acepto que cualquier falsedad –por acción u omisión- de mi parte anularía esta solicitud de servicios financieros y dará derecho al Conglomerado Banco Nacional a cancelar los productos o servicios financieros que se fundamenten en él.							
Entiendo y acepto que la información consignada en este formulario podrá ser compartida entre las entidades que conforman el Conglomerado Banco Nacional de Costa Rica tanto en aras de cumplir con la Ley 8204 así como para fines comerciales.							
Firma del Cliente o Representante		Lugar y Fecha		sello de la oficina (si aplica)			
<b>USO ADMINISTRATIVO</b>							
¿Se realizó visita al cliente?		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Nombre y número de oficina que realiza el trámite			
Comentarios sobre la verificación de datos:							
Declaro que leí y verifiqué la información del cliente indicada en este formulario, y manifiesto que entiendo su actividad económica y la relación entre ésta, el origen de sus fondos y el nivel estimado de transacciones, los cuales son proporcionales y consistentes con la información conocida y la documentación aportada por el cliente para el cumplimiento de la Política Conozca su Cliente del Conglomerado Banco Nacional y la legislación vigente.							
Firma del Funcionario/Ejecutivo de Servicio al Cliente		Nombre y número de empleado (si aplica)					

DATOS DE BENEFICIARIO # 1										F. INFORMACIÓN DE BENEFICIARIOS													
Nombre Completo				Primer Apellido										Segundo Apellido									
Tipo Identificación				Número de Identificación				Sexo				Estado Civil											
Fecha de Vencimiento ID				Día [DD]		Mes [MM]		Año [YYYY]		Fecha de nacimiento:		Día [DD]		Mes [MM]		Año [YYYY]		Lugar de nacimiento				Nacionalidad	
Relación con el cliente				Domicilio de Residencia				País:															
Ciudad/Cantón																							
Otras Señas																							
Apartado Postal				Teléfono Residencia				Teléfono Celular				Fax				Porcentaje Participación:							
Correo Electrónico				Profesión:								Ocupación											
DATOS DE BENEFICIARIO # 2																							
Nombre Completo				Primer Apellido										Segundo Apellido									
Tipo Identificación				Número de Identificación				Sexo				Estado Civil											
Fecha de Vencimiento ID				Día [DD]		Mes [MM]		Año [YYYY]		Fecha de nacimiento:		Día [DD]		Mes [MM]		Año [YYYY]		Lugar de nacimiento				Nacionalidad	
Relación con el cliente				Domicilio de Residencia				País:															
Ciudad/Cantón																							
Otras Señas																							
Apartado Postal				Teléfono Residencia				Teléfono Celular				Fax				Porcentaje Participación:							
Correo Electrónico				Profesión:								Ocupación											
DATOS DE BENEFICIARIO # 3																							
Nombre Completo				Primer Apellido										Segundo Apellido									
Tipo Identificación				Número de Identificación				Sexo				Estado Civil											
Fecha de Vencimiento ID				Día [DD]		Mes [MM]		Año [YYYY]		Fecha de nacimiento:		Día [DD]		Mes [MM]		Año [YYYY]		Lugar de nacimiento				Nacionalidad	
Relación con el cliente				Domicilio de Residencia				País:															
Ciudad/Cantón																							
Otras Señas																							
Apartado Postal				Teléfono Residencia				Teléfono Celular				Fax				Porcentaje Participación:							
Correo Electrónico				Profesión:								Ocupación											
DATOS DE BENEFICIARIO # 4																							
Nombre Completo				Primer Apellido										Segundo Apellido									
Tipo Identificación				Número de Identificación				Sexo				Estado Civil											
Fecha de Vencimiento ID				Día [DD]		Mes [MM]		Año [YYYY]		Fecha de nacimiento:		Día [DD]		Mes [MM]		Año [YYYY]		Lugar de nacimiento				Nacionalidad	
Relación con el cliente				Domicilio de Residencia				País:															
Ciudad/Cantón																							
Otras Señas																							
Apartado Postal				Teléfono Residencia				Teléfono Celular				Fax				Porcentaje Participación:							
Correo Electrónico				Profesión:								Ocupación											
DATOS DE BENEFICIARIO # 5																							
Nombre Completo				Primer Apellido										Segundo Apellido									
Tipo Identificación				Número de Identificación				Sexo				Estado Civil											
Fecha de Vencimiento ID				Día [DD]		Mes [MM]		Año [YYYY]		Fecha de nacimiento:		Día [DD]		Mes [MM]		Año [YYYY]		Lugar de nacimiento				Nacionalidad	
Relación con el cliente				Domicilio de Residencia				País:															
Ciudad/Cantón																							
Otras Señas																							
Apartado Postal				Teléfono Residencia				Teléfono Celular				Fax				Porcentaje Participación:							
Correo Electrónico				Profesión:								Ocupación											
DATOS DE BENEFICIARIO # 6																							
Nombre Completo				Primer Apellido										Segundo Apellido									
Tipo Identificación				Número de Identificación				Sexo				Estado Civil											
Fecha de Vencimiento ID				Día [DD]		Mes [MM]		Año [YYYY]		Fecha de nacimiento:		Día [DD]		Mes [MM]		Año [YYYY]		Lugar de nacimiento				Nacionalidad	
Relación con el cliente				Domicilio de Residencia				País:															
Ciudad/Cantón																							
Otras Señas																							
Apartado Postal				Teléfono Residencia				Teléfono Celular				Fax				Porcentaje Participación:							
Correo Electrónico				Profesión:								Ocupación											

<b>DATOS DE BENEFICIARIO # 7</b>												
Nombre Completo		Primer Apellido						Segundo Apellido				
Tipo Identificación				Número de Identificación				Sexo		Estado Civil		
Fecha de Vencimiento ID		Día [DD]	Mes [MM]	Año [YYYY]	Fecha de nacimiento:	Día [DD]	Mes [MM]	Año [YYYY]	Lugar de nacimiento		Nacionalidad	
Relación con el cliente						Domicilio de Residencia		País:				
Ciudad/Cantón												
Otras Señas												
Apartado Postal		Teléfono Residencia				Teléfono Celular		Fax		Porcentaje Participación:		
Correo Electrónico				Profesión:						Ocupación		
<b>DATOS DE BENEFICIARIO # 8</b>												
Nombre Completo		Primer Apellido						Segundo Apellido				
Tipo Identificación				Número de Identificación				Sexo		Estado Civil		
Fecha de Vencimiento ID		Día [DD]	Mes [MM]	Año [YYYY]	Fecha de nacimiento:	Día [DD]	Mes [MM]	Año [YYYY]	Lugar de nacimiento		Nacionalidad	
Relación con el cliente						Domicilio de Residencia		País:				
Ciudad/Cantón												
Otras Señas												
Apartado Postal		Teléfono Residencia				Teléfono Celular		Fax		Porcentaje Participación:		
Correo Electrónico				Profesión:						Ocupación		

DATOS DE AUTORIZADO # 1										E. INFORMACIÓN DE AUTORIZADOS									
Nombre Completo				Primer Apellido										Segundo Apellido					
Tipo Identificación						Número de Identificación						Sexo		Estado Civil					
Fecha de Vencimiento ID		Día [DD]		Mes [MM]		Año [YYYY]		Fecha de nacimiento:		Día [DD]		Mes [MM]		Año [YYYY]		Lugar de nacimiento		Nacionalidad	
Relación con el cliente										Domicilio de Residencia		País:							
Ciudad/Cantón																			
Otras Señas																			
Apartado Postal				Teléfono Residencia				Teléfono Celular				Fax							
Correo Electrónico								Profesión:				Ocupación							
DATOS DE AUTORIZADO # 2																			
Nombre Completo				Primer Apellido										Segundo Apellido					
Tipo Identificación						Número de Identificación						Sexo		Estado Civil					
Fecha de Vencimiento ID		Día [DD]		Mes [MM]		Año [YYYY]		Fecha de nacimiento:		Día [DD]		Mes [MM]		Año [YYYY]		Lugar de nacimiento		Nacionalidad	
Relación con el cliente										Domicilio de Residencia		País:							
Ciudad/Cantón																			
Otras Señas																			
Apartado Postal				Teléfono Residencia				Teléfono Celular				Fax							
Correo Electrónico								Profesión:				Ocupación							
DATOS DE AUTORIZADO # 3																			
Nombre Completo				Primer Apellido										Segundo Apellido					
Tipo Identificación						Número de Identificación						Sexo		Estado Civil					
Fecha de Vencimiento ID		Día [DD]		Mes [MM]		Año [YYYY]		Fecha de nacimiento:		Día [DD]		Mes [MM]		Año [YYYY]		Lugar de nacimiento		Nacionalidad	
Relación con el cliente										Domicilio de Residencia		País:							
Ciudad/Cantón																			
Otras Señas																			
Apartado Postal				Teléfono Residencia				Teléfono Celular				Fax							
Correo Electrónico								Profesión:				Ocupación							
DATOS DE AUTORIZADO # 4																			
Nombre Completo				Primer Apellido										Segundo Apellido					
Tipo Identificación						Número de Identificación						Sexo		Estado Civil					
Fecha de Vencimiento ID		Día [DD]		Mes [MM]		Año [YYYY]		Fecha de nacimiento:		Día [DD]		Mes [MM]		Año [YYYY]		Lugar de nacimiento		Nacionalidad	
Relación con el cliente										Domicilio de Residencia		País:							
Ciudad/Cantón																			
Otras Señas																			
Apartado Postal				Teléfono Residencia				Teléfono Celular				Fax							
Correo Electrónico								Profesión:				Ocupación							
DATOS DE AUTORIZADO # 5																			
Nombre Completo				Primer Apellido										Segundo Apellido					
Tipo Identificación						Número de Identificación						Sexo		Estado Civil					
Fecha de Vencimiento ID		Día [DD]		Mes [MM]		Año [YYYY]		Fecha de nacimiento:		Día [DD]		Mes [MM]		Año [YYYY]		Lugar de nacimiento		Nacionalidad	
Relación con el cliente										Domicilio de Residencia		País:							
Ciudad/Cantón																			
Otras Señas																			
Apartado Postal				Teléfono Residencia				Teléfono Celular				Fax							
Correo Electrónico								Profesión:				Ocupación							
DATOS DE AUTORIZADO # 6																			
Nombre Completo				Primer Apellido										Segundo Apellido					
Tipo Identificación						Número de Identificación						Sexo		Estado Civil					
Fecha de Vencimiento ID		Día [DD]		Mes [MM]		Año [YYYY]		Fecha de nacimiento:		Día [DD]		Mes [MM]		Año [YYYY]		Lugar de nacimiento		Nacionalidad	
Relación con el cliente										Domicilio de Residencia		País:							
Ciudad/Cantón																			
Otras Señas																			
Apartado Postal				Teléfono Residencia				Teléfono Celular				Fax							
Correo Electrónico								Profesión:				Ocupación							

<b>DATOS DE AUTORIZADO # 7</b>												
Nombre Completo		Primer Apellido						Segundo Apellido				
Tipo Identificación				Número de Identificación		Sexo		Estado Civil				
Fecha de Vencimiento ID	Día [DD]	Mes [MM]	Año [YYYY]	Fecha de nacimiento:	Día [DD]	Mes [MM]	Año [YYYY]	Lugar de nacimiento		Nacionalidad		
Relación con el cliente				Domicilio de Residencia		País:						
Ciudad/Cantón												
Otras Señas												
Apartado Postal		Teléfono Residencia		Teléfono Celular		Fax						
Correo Electrónico		Profesión:							Ocupación			
<b>DATOS DE AUTORIZADO # 8</b>												
Nombre Completo		Primer Apellido						Segundo Apellido				
Tipo Identificación				Número de Identificación		Sexo		Estado Civil				
Fecha de Vencimiento ID	Día [DD]	Mes [MM]	Año [YYYY]	Fecha de nacimiento:	Día [DD]	Mes [MM]	Año [YYYY]	Lugar de nacimiento		Nacionalidad		
Relación con el cliente				Domicilio de Residencia		País:						
Ciudad/Cantón												
Otras Señas												
Apartado Postal		Teléfono Residencia		Teléfono Celular		Fax						
Correo Electrónico		Profesión:							Ocupación			