



**RE01-PR61GR02 / Edición 1**  
**FORMULARIO CORPORATIVO CONOZCA A SU CLIENTE**  
**(Persona Física)**

**A. DATOS GENERALES**

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]	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:									
Nivel Ingresos Promedio MENSUAL (en dólares)			Especifique Monto si supera los \$ 750,000.00 :						

**B. DATOS DE LA EMPRESA O LUGAR DE TRABAJO**

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

**C. PERFIL TRANSACCIONAL**

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):  BN VALORES  BN FONDOS  BN CORREDORA SEGUROS  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:

**D. ORIGEN DE LOS FONDOS**

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?  Sí  NO En caso afirmativo, requerir inscripción ante la SUGEF¿Es usted una persona Políticamente Expuesta ?  Sí  NOo tiene algún parentesco o relación con personas en esta condición? (PEP)  Sí  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 mantienen 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"/> Hijo del Negocio Propio	<input type="checkbox"/> * Donaciones
<input type="checkbox"/> Ahorros Familiares	<input type="checkbox"/> Pagos de Clientes	<input type="checkbox"/> * Objetivo Específico
<input type="checkbox"/> * Otros, Especifique:		

(\*\*) Especifique (Donaciones-Objetivo Específico-Otros)

**E. DESIGNACION DE AUTORIZADOS**¿Cliente Designa Autorizados ?  Sí  NO Aplica los Autorizados para Productos de:  BANCO NACIONAL  BN VITAL  BN VALORES  BN CORREDORA SEGUROS  BN FONDOS

En caso afirmativo indicar los datos del o los Beneficiarios en el Inciso E de este formulario.

**F. DESIGNACION DE BENEFICIARIOS**¿Cliente Designa Beneficiarios ?  Sí  NO Aplica los Beneficiarios para Productos de:  BANCO NACIONAL  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 mí 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)

**USO ADMINISTRATIVO**¿Se realizó visita al cliente?  Sí  NO Nombre y número de oficina que realiza el trámite

Comentarios sobre la verificación de datos:

Declaro que lei 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	Dia [DD]	Mes [MM]	Año [YYYY]	Fecha de nacimiento:	Dia [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	Dia [DD]	Mes [MM]	Año [YYYY]	Fecha de nacimiento:	Dia [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	Dia [DD]	Mes [MM]	Año [YYYY]	Fecha de nacimiento:	Dia [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	Dia [DD]	Mes [MM]	Año [YYYY]	Fecha de nacimiento:	Dia [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	Dia [DD]	Mes [MM]	Año [YYYY]	Fecha de nacimiento:	Dia [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	Dia [DD]	Mes [MM]	Año [YYYY]	Fecha de nacimiento:	Dia [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 # 7									
Nombre Completo	Primer Apellido					Segundo Apellido			
Tipo Identificación			Número de Identificación			Sexo	Estado Civil		
Fecha de Vencimiento ID	Dia [DD]	Mes [MM]	Año [YYYY]	Fecha de nacimiento:	Dia [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	

  

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

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

  

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