LAFISE

CONOZCA A SU CLIENTE

Solicitud de Vinculación Persona Jurídica

Fecha:
Apertura: ☐ **Actualización de datos:** ☐

INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Nombre Razón Social: Tipo de persona jurídica SELECCIONAR

Nombre Comercial: Número de identificación o cédula jurídica

Fecha constitución: País constitución:

Domicilio comercial de la empresa País: SELECCIONAR Provincia: N/A Cantón: N/A

Distrito: N/A Dirección:

Teléfono: Teléfono celular:

Teléfono oficina: Correo Electrónico:

Domicilio comercial es igual al social? ☐ Si ☐ No Domicilio social de la empresa País:

De ser diferente favor completar el domicilio social

Provincia: SELECCIONAR Cantón: N/A Distrito: N/A

Dirección:

La empresa tiene relación con alguna persona (Socio o beneficiario) que cumpla o haya cumplido funciones públicas o políticas destacadas, ya sea en el territorio nacional o extranjero ☐ SI ☐ NO

INFORMACIÓN FINANCIERA

Categoría de la empresa: SELECCIONAR Actividad de la empresa: SELECCIONAR

Detalle de la actividad económica o principal de la Empresa:

Describa el origen de los fondos a transar:

Ambito del Negocio: SELECCIONAR Número de empleados:

Describa el propósito y las razones por las cuales ha decidido establecer cuenta(s) o servicio(s) en Grupo LAFISE

Ingresos mensuales dolarizados $ Ventas anuales $ Activos anuales ($):

Número de transacciones aproximadas a realizar en el mes en la entidad:

¿Es el cliente sujeto obligado de inscripción ante SUGEF según los artículos 15 y 15 bis de la Ley 8204? ☐ Si ☐ No

INFORMACIÓN DE ENTIDADES EXENTAS DE BRINDAR SU COMPOSICIÓN ACCIONARIA

En este apartado se deben agregar otros tipos de empresas que no requieren presentar composición accionaria: institución pública o gubernamental o entidades financieras sujetas a la fiscalización de las Superintendencias en materia de legitimación de capitales y financiamiento al terrorismo (bancos, puestos de bolsa, fondos de inversión, aseguradores, operadoras de pensiones) u organismos intergubernamentales o empresas o figuras jurídicas cuyas acciones o valores de contenido patrimonial se coticen en un mercado organizado, nacional o extranjero, y que cuente con un órgano de regulación que sea miembro de la International Organization of Securities Commissions (IOSCO).

¿Cotiza en Bolsa de Valores? ☐ Si ☐ No Nombre de la bolsa
Link de la Bolsa de Valores

País de la Bolsa de Valores

Tipo de Empresa exenta de presentar la certificación de composición accionaria: SELECCIONARUNA

INFORMACIÓN DE REPRESENTANTE 1

Primer y segundo nombre: Primer apellido: Segundo apellido:

Tipo de Identificación: SELECCIONAR Número de Identificación:

Fecha de nacimiento: País de nacimiento: SELECCIONAR Nacionalidad:

País: SELECCIONAR Provincia: SELECCIONAR Cantón: N/A Distrito: N/A

Dirección exacta:

Correo electrónico: Profesión / Ocupación: SELECCIONAR

Relación con la empresa: Teléfono celular: Teléfono residencia:

Otros, especifique:

Firma individual ☐ Firma mancomunada ☐

¿Es el representante legal además socio o beneficiario final del cliente? ☐ SI ☐ NO En caso afirmativo favor completar la siguiente información:
Porcentaje de participación accionaria o de control sobre la empresa %

¿El socio es contribuyente de impuestos en los Estados Unidos o sus Territorios (FATCA)? ☐ SI ☐ NO

¿El socio es contribuyente de impuestos en países diferentes a Costa Rica, Estados Unidos y sus Territorios (CRS)? ☐ SI ☐ NO

¿Tiene el socio alguna nacionalidad estadounidense o de sus territorios? ☐ SI ☐ NO

¿Tiene el socio alguna nacionalidad en un país con convenio de transparencia tributaria con Costa Rica? ☐ SI ☐ NO

País de Domicilio Fiscal (FATCA/CRS) # de TIN (Número de identificación tributario)

Dirección del domicilio fiscal (FATCA/CRS)

Justificación No posee TIN (CRS)

¿Ocupa o ha ocupado el cliente o su cónyuge un cargo público en los últimos 8 años? ☐ SI ☐ NO

En caso afirmativo, favor detalle el cargo, el período

INSTITUCIÓN	PUESTO	PERÍODO

INFORMACIÓN DE REPRESENTANTE 2

Primer y segundo nombre: Primer apellido: Segundo apellido:

Tipo de Identificación: SELECCIONAR Número de Identificación:

Fecha de nacimiento: País de nacimiento: SELECCIONAR Nacionalidad:

País: SELECCIONAR Provincia: SELECCIONAR Cantón: N/A Distrito: N/A

Dirección exacta:

Correo electrónico: Profesión / Ocupación: SELECCIONAR

Relación con la empresa: Teléfono celular: Teléfono residencia:

Otros, especifique:

Firma individual ☐ Firma mancomunada ☐

¿Ocupa o ha ocupado el cliente o su cónyuge un cargo público en los últimos 8 años? ☐ SI ☐ NO

En caso afirmativo, favor detalle el cargo, el período

INSTITUCIÓN	PUESTO	PERÍODO

¿Es el representante legal además socio o beneficiario final del cliente? SI NO En caso afirmativo favor completar la siguiente información:
Porcentaje de participación accionaria o de control sobre la empresa %

¿El socio es contribuyente de impuestos en los Estados Unidos o sus Territorios (FATCA)? SI NO

¿El socio es contribuyente de impuestos en países diferentes a Costa Rica, Estados Unidos y sus Territorios (CRS)? SI NO

¿Tiene el socio alguna nacionalidad estadounidense o de sus territorios? SI NO

¿Tiene el socio alguna nacionalidad en un país con convenio de transparencia tributaria con Costa Rica? SI NO

País de Domicilio Fiscal (FATCA/CRS) # de TIN (Número de identificación tributario)

Dirección del domicilio fiscal (FATCA/CRS)

Justificación No posee TIN (CRS)

INFORMACIÓN DE LOS SOCIOS

¿Posee la empresa en su estructura accionaria personas con menos del 10% de las acciones, pero que como grupo familiar posea un % igual o mayor al 10% de las acciones? Si No En caso afirmativo, completar anexo (Uso Interno)

Número de socios: (Socios con más del 10% del capital social)

INFORMACIÓN FATCA PARA LA EMPRESA

FATCA: Para Contribuyentes del Sistema Tributario de Estados Unidos de América y sus Territorios (Puerto Rico, Guam, Islas Marianas del Norte, Islas Vírgenes de Estados Unidos, Samoa Americana y los territorios menores): Aplica, entre otros, para personas físicas, jurídicas y sus socios, nacidos, nacionalizados, residentes, constituidos, con teléfonos, domicilios físicos, laborales, comerciales, tributarios o postales, o con instrucciones recurrentes de recibir fondos desde esos países.

CRS: Para contribuyentes fiscales de otros países diferentes a Estados Unidos, sus territorios y Costa Rica: Aplica, entre otros, para personas con nacionalidades, domicilios físicos, comerciales, laborales o tributarios en otros países diferentes de Estados Unidos, sus territorios y Costa Rica. El cliente manifiesta que si es o llegara a ser contribuyente de los Estados Unidos, sus territorios o de otros países, que con los cuales Costa Rica tenga convenio de transparen-cia tributaria, se compromete a comunicarlo formal e inmediatamente al Grupo Financiero LAFISE (en adelante G.F.L). El cliente declara y reconoce que ha sido informado por el G.F.L. sobre la obligación de información y el alcance de la normativa vigente para cumplir con la implementación del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) y del Common Reporting Standard (CRS).

¿El cliente es contribuyente de impuestos en los Estados Unidos o sus Territorios (FATCA)? SI NO

¿El cliente es contribuyente de impuestos en países diferentes a Costa Rica, Estados Unidos y sus Territorios (CRS)? SI NO

País de domicilio fiscal (FATCA/CRS) # de TIN (Número de identificación tributario)

Dirección del domicilio fiscal (FATCA/CRS)

Justificación No posee TIN (CRS)

INFORMACIÓN DE LOS SOCIOS Y/O BENEFICIARIOS FINALES

Primer y segundo nombre: Primer apellido: Segundo apellido:

Tipo de Identificación: SELECCIONAR Número de Identificación:

Fecha de nacimiento: País de nacimiento: SELECCIONAR

Nacionalidad: País de domicilio: SELECCIONAR

Dirección exacta:

Correo electrónico: Teléfono celular:

Relación con la empresa:

Otros, especifique:

¿Es el representante legal además socio o beneficiario final del cliente? SI NO En caso afirmativo favor completar la siguiente información:
Porcentaje de participación accionaria o de control sobre la empresa %

¿El socio es contribuyente de impuestos en los Estados Unidos o sus Territorios (FATCA)? SI NO

¿El socio es contribuyente de impuestos en países diferentes a Costa Rica, Estados Unidos y sus Territorios (CRS)? SI NO

¿Tiene el socio alguna nacionalidad estadounidense o de sus territorios? SI NO

¿Tiene el socio alguna nacionalidad en un país con convenio de transparencia tributaria con Costa Rica? SI NO

País de Domicilio Fiscal (FATCA/CRS) # de TIN (Número de identificación tributario)

Dirección del domicilio fiscal (FATCA/CRS)

Justificación No posee TIN (CRS)

¿Ocupa o ha ocupado el cliente o su cónyuge un cargo público en los últimos 8 años? SI NO

En caso afirmativo, favor detalle el cargo, el período

INSTITUCIÓN	PUESTO	PERÍODO

INFORMACIÓN DE LOS SOCIOS Y/O BENEFICIARIOS FINALES

Primer y segundo nombre: Primer apellido: Segundo apellido:

Tipo de Identificación: SELECCIONAR Número de Identificación:

Fecha de nacimiento: País de nacimiento: SELECCIONAR

Nacionalidad: País de domicilio: SELECCIONAR

Dirección exacta:

Correo electrónico: Teléfono celular:

Relación con la empresa:

Otros, especifique:

Porcentaje de participación accionaria o de control sobre la empresa %

¿El socio es contribuyente de impuestos en los Estados Unidos o sus Territorios (FATCA)? SI NO

¿El socio es contribuyente de impuestos en países diferentes a Costa Rica, Estados Unidos y sus Territorios (CRS)? SI NO

¿Tiene el socio alguna nacionalidad estadounidense o de sus territorios? SI NO

¿Tiene el socio alguna nacionalidad en un país con convenio de transparencia tributaria con Costa Rica? SI NO

País de Domicilio Fiscal (FATCA/CRS) # de TIN (Número de identificación tributario)

Dirección del domicilio fiscal (FATCA/CRS)

Justificación No posee TIN (CRS)

¿Ocupa o ha ocupado el cliente o su cónyuge un cargo público en los últimos 8 años? SI NO

En caso afirmativo, favor detalle el cargo, el período

INSTITUCIÓN	PUESTO	PERÍODO

INFORMACIÓN DE LOS SOCIOS Y/O BENEFICIARIOS FINALES

Primer y segundo nombre: Primer apellido: Segundo apellido:

Tipo de Identificación: SELECCIONAR Número de Identificación:

Fecha de nacimiento: País de nacimiento: SELECCIONAR

Nacionalidad: País de domicilio: SELECCIONAR

Dirección exacta:

Correo electrónico: Teléfono celular:

Relación con la empresa:

Otros, especifique:

¿El socio es contribuyente de impuestos en los Estados Unidos o sus Territorios (FATCA)? SI NO

¿El socio es contribuyente de impuestos en países diferentes a Costa Rica, Estados Unidos y sus Territorios (CRS)? SI NO

¿Tiene el socio alguna nacionalidad estadounidense o de sus territorios? SI NO

¿Tiene el socio alguna nacionalidad en un país con convenio de transparencia tributaria con Costa Rica? SI NO

País de Domicilio Fiscal (FATCA/CRS) # de TIN (Número de identificación tributario)

Dirección del domicilio fiscal (FATCA/CRS)

Justificación No posee TIN (CRS)

¿Ocupa o ha ocupado el cliente o su cónyuge un cargo público en los últimos 8 años? SI NO

En caso afirmativo, favor detalle el cargo, el período

INSTITUCIÓN	PUESTO	PERÍODO

DECLARACIÓN Y ALCANCE DE RESPONSABILIDAD

Política Conozca a su Cliente: En cumplimiento con la Ley 8204 y la Política Conozca a su Cliente, declaro que este formulario ha sido completado por mí y/o en mi presencia y que la información provista en el mismo es fiel y verdadera. Asimismo, declaro que los recursos por movilizar a través del Grupo Financiero Lafise (en adelante G.F.L.) provienen de actividades lícitas. La información de este formulario puede ser utilizada por cualquiera de las empresas del G.F.L. para los fines respectivos y será actualizada periódicamente por quien suscribe cada vez que hubiera algún cambio significativo, en un plazo máximo de 30 días naturales a partir de dicha situación o cuando así lo requiera el G.F.L. Autorizo al G.F.L. para que me contacte y/o consulte las fuentes y bases de datos a su disposición con el propósito de actualizar y/o verificar la información proporcionada, para lo cual también manifiesto mi compromiso de comparecer ante cualquier oficina del G.F.L. para tales efectos. Por otra parte, de conformidad con lo establecido en el Código de Normas y Procedimientos Tributarios, autorizo al G.F.L. a proporcionar a la Autoridad Tributaria correspondiente la información que fuera requerida por las vías legales y/o administrativas. Acepto que cualquier omisión o falsedad deliberada en la información proporcionada causaría la cancelación de la relación comercial con las empresas del G.F.L

Consentimiento Informado: De conformidad con la Ley No 8968 de Protección de la Persona frente al Tratamiento de sus datos y su reglamento (en adelante, ""Ley"") por este medio en forma libre y voluntaria doy mi consentimiento para que con mis datos personales brindados directamente por mí al Grupo Financiero Lafise (en adelante, el “G.F.L.”) y que se encuentran almacenados en sus bases de datos que mantienen como entidades debidamente supervisadas, se realicen los siguientes actos: (a) Dar tratamiento a dichos datos en cuanto a recolección, registro, organización, conservación, modificación, extracción, consulta, utilización, comunicación por medio transmisión, difusión, distribución o por cualquier otro medio que se permite de forma fácil el acceso, el cotejo o la interconexión, así como su bloqueo, supresión o destrucción. (b) Utilizar mis datos personales para el ofrecimiento de nuevos servicios bancarios, tales como pero no limitados a facilidades crediticias, tarjetas de crédito, seguros, productos financieros, servicios de puesto de bolsa que estén relacionados con las sociedades que a nivel nacional e internacional conforman el G.F.L., ser localizado en caso de incumplimiento de mis obligaciones con el G.F.L. durante el plazo de mis obligaciones para hacer gestión de cobro administrativo, cobro judicial o extrajudicial en mí contra, sea directamente por el G.F.L. o bien por algún encargado proveedor de servicios contratado por éste. Mis datos personales no podrán ser comercializados con ningún tercero, por lo cual únicamente podrán ser utilizados por el G.F.L., sin embargo, el G.F.L. podrá transferir mis datos personales bajo las medidas de seguridad y condiciones establecidas en la Ley a un intermediario tecnológico o proveedor de servicios que maneje sus bases de datos sin requerir ulterior autorización.

Fecha

_____

Firma de representante legal

En caso de representantes legales mancomunados:

Fecha:

Firma de representante legal

USO INTERNO

El funcionario declara que el diligenciamiento del presente documento fue validado directamente con el cliente y que los datos contenidos en el mismo fueron suministrados por este.

Nombre del funcionario que realiza el diligenciamiento:

Sucursal o área de negocio:

Número de cliente:

Observaciones:

Firma _____

Un funcionario de LAFISE deberá atestiguar la firma del formulario en lo posible. En todos los casos, el formulario deberá estar acompañado por una copia del pasaporte o documento de identidad nacional de reciente emisión.

Este formulario se debe confeccionar en computadora o por cualquier medio electrónico. De no ser viable, se podrá llenar a mano con letra imprenta legible y sin tachones.

Estimado Cliente: Para la respectiva apertura de su cuenta, es necesario que por favor complete los formularios de Conozca a su Cliente, Registro de Firmas y Firma de aceptación de contrato del producto a escoger por usted. Es importante completar en su totalidad los formularios.