

INFORMAÇÃO INTERNA (A preencher pelo Banco)

Modo de Abertura: Presencial À Distância Origem da Conta: Espontânea Ação Comercial
Nº Interno / Entidade: |_____| Código do Balcão: |_____| Agência: |_____|
Nº da Conta associado: |_____|

IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE (Os campos assinalados com (*) são de preenchimento obrigatório)

Nome Completo*: |_____| NIF*: |_____|
Alcunha: |_____| Sexo (F/M)*: Data de Nascimento*: |__| - |__| - |_____|
Naturalidade*: |_____| Nacionalidade*: |_____|
Nome do Pai*: |_____|
Nome da Mãe*: |_____|

Documento de Identificação*:

BI Nacional / CNI BI Militar (CV) BI POP (CV) Passaporte Nacional
 Passaporte Estrangeiro Cédula Pessoal Certidão de Nascimento

Nº de Documento de Identificação*: |_____| Local de Emissão*: |_____|
Entidade Emitente*: |_____|

Data de Emissão*: |__| - |__| - |_____| Válido até*: |__| - |__| - |_____|

Estado Civil*: Solteiro Casado Viúvo Separado Divorciado Unido de Facto

Regime de Casamento*: Comunhão de Adquiridos Comunhão Geral Separação de Bens

Situação*: Emigrante Menor de Idade Inabilitado Não Aplicável

Estatuto de Residência*: Residente Não Residente

País de Residência Fiscal*: |_____| Morada de Residência Fiscal*: |_____|

Localidade: |_____| Caixa Postal: |_____| País: |_____|

Dupla ou Múltipla Nacionalidade?* Sim Não

País: |_____| Passaporte Nº: |_____|

País: |_____| Passaporte Nº: |_____|

Tem estatuto de residente noutra país?* Sim Não

País: |_____| Documento*: NIF Cartão de Residente, Nº: |_____|

País: |_____| Documento*: NIF Cartão de Residente, Nº: |_____|

Permaneceu fora do território cabo-verdiano por mais de 183 dias no decurso do ano fiscal?* Sim Não

Está na posse de outra informação, situação ou estatuto que lhe confira a condição de dupla ou múltipla residência fiscal?*

Sim Não

Habilitação*:

Sem Habilitações Ensino Básico Ensino Secundário

Curso Médio / Formação Profissional Bacharelato Licenciatura Pós-Graduação

Mestrado Doutoramento Pós-Doutoramento

BANCO CABOVERDIANO DE NEGÓCIOS, S.A

Sede Social: Av. Amílcar Cabral, nº97 - CP 593 - Praia, Santiago | Cabo Verde | Capital Social: 900.000.000 ECV - NIF 200216589
Matrícula Nº 533/971119 do Registo Comercial da Praia | Tel.: (+238) 260 49 20 | Fax: (+238) 261 40 06 | LINHA GRÁTIS: 800 11 20

Email: bcn@bcn.cv
www.bcn.cv

Área Académica | _____ |

CONTATOS E MORADA DO CLIENTE

Morada de Residência*: | _____ |

Localidade: | _____ | Caixa Postal: | _____ | País: | _____ |

Morada completa de correspondência ⁽¹⁾: | _____ |

Localidade: | _____ | Caixa Postal: | _____ | País: | _____ |

Telefone ⁽²⁾: | _____ | Telemóvel ⁽²⁾: | _____ |

Email: | _____ | Horário de Contato: | _____ |

Contato Alternativo: | _____ | Nome do Contato Alternativo: | _____ |

(1) Caso seja diferente da Morada de Residência.

(2) Indicar pelo menos um contato.

SITUAÇÃO PROFISSIONAL

Situação Profissional*:

Trabalhador por conta de outrem Profissional Liberal Empresário

Estudante Doméstica Desempregado ⁽³⁾ Reformado ⁽³⁾

Atividade Profissional*: | _____ | Função*: | _____ |

Entidade Patronal*: | _____ | Morada do Emprego: | _____ |

Data de Admissão: | ____ | - | ____ | - | ____ | Tipo de Vínculo*: Estágio A Prazo Efetivo

Email Profissional: | _____ |

(3) Se reformado ou desemprego preencher informações da última atividade profissional.

Exerce ou exerceu funções públicas proeminentes que lhe confirmam o estatuto de Pessoa Politicamente Exposta?*

Sim Não

Cargo*: | _____ | Entidade*: | _____ |

Nomeação*: | ____ | - | ____ | - | ____ | Exoneração*: | ____ | - | ____ | - | ____ |

Exerce ou exerceu outros cargos políticos ou públicos?* Sim Não

Cargo*: | _____ | Entidade*: | _____ |

Nomeação*: | ____ | - | ____ | - | ____ | Exoneração*: | ____ | - | ____ | - | ____ |

Tem familiar próximo (cônjuge/unido de facto, os pais, os filhos e os respetivos cônjuges/unidos de facto irmãos) que exerce ou exerceu funções públicas proeminentes que lhe confirma o estatuto de Pessoa Politicamente Exposta?*

Sim Não

Relação*: | _____ | Cargo*: | _____ |

Nome*: | _____ |

Nomeação*: | ____ | - | ____ | - | ____ | Exoneração*: | ____ | - | ____ | - | ____ |

Relação*: | _____ | Cargo*: | _____ |
Nome*: | _____ |
Nomeação*: | ____ | - | ____ | - | ____ | Exoneração*: | ____ | - | ____ | - | ____ |

É empresário em nome individual (ENI)?* | ____ | Sim | ____ | Não

Denominação Social*: | _____ | NIF*: | _____ |
Sede: | _____ | Data de Início Atividade: | ____ | - | ____ | - | ____ |
Tipo de Atividade Económica: | _____ | CAE: | _____ |
Volume de Negócios (CVE): | _____ |

OUTRAS INFORMAÇÕES

É beneficiário efetivo da conta?

(O beneficiário efetivo é a pessoa singular que, em última instância detém ou controla um cliente e/ou a pessoa em cujo nome uma transação é realizada. Também se refere à pessoa que efetivamente exerce o controlo sobre uma pessoa coletiva ou uma negociação).

| ____ | Sim | ____ | Não. Se não, preencher o formulário de identificação de beneficiários efetivos e entidades equiparadas e indicar o motivo na secção informações adicionais.

Nº de contas detidas no BCN ou outras Instituições*: | ____ | Nenhuma | ____ | Uma | ____ | Até 3 | ____ | Mais de 3

Finalidade de Abertura de Conta*:

| ____ | Recebimento de Salário | ____ | Poupança | ____ | Aplicações Financeiras | ____ | Ajuda Familiar
| ____ | Pensão Reforma | ____ | Negócio | ____ | Outra(s) | _____ |

Produtos e Serviços oferecidos que considera contratar*:

| ____ | Conta à Ordem (outra(s)) | ____ | Conta à Prazo | ____ | Cartão de Débito | ____ | Crédito
| ____ | BCN Online | ____ | Transferências Nacionais
| ____ | Transferências Internacionais - Indique quais países | _____ |

Origem dos fundos a movimentar:

| ____ | Atividade Profissional | ____ | Herança | ____ | Rendimento de Imóveis
| ____ | Rendimento de Investimentos Mobiliários
| ____ | Outra(s) | _____ |

Nível de Rendimento Mensal* (CVE) | _____ |

Estimativa de valor acumulado mensal* (a crédito) | _____ |

Nº de membros do agregado familiar* | _____ |

Informação adicionais | _____ |
| _____ |
| _____ |

AUTORIZAÇÕES

I___I Autorizo o BCN a proceder às diligências que julgar mais convenientes para verificar a veracidade dos dados fornecidos, bem como consultar as responsabilidades que estejam em meu nome na Central de Riscos do Banco de Cabo Verde ou em outras jurisdições ou em outras bases de dados relevantes. Caso o BCN venha a apurar quaisquer discrepâncias ou inexactidões referentes a estes mesmos dados, fica com a faculdade de dar por resolvidas as obrigações emergentes de operações ou responsabilidades que venham a ser por mim contratadas ou contraídas perante o BCN.

I___I Autorizo também que os dados facultados por mim sejam processados informaticamente de forma a integrar as bases de dados do BCN, ficando-me reservada a faculdade de aceder à informação produzida pelo BCN que me diga diretamente respeito, bem como de solicitar a sua correção, aditamento ou eliminação.

I___I Autorizo o Banco a enviar comunicações para efeitos de marketing direto, designadamente através de utilização de sistemas automatizados de chamada e comunicação que não dependam da intervenção humana (aparelhos de chamada automática), aparelhos de telecópia ou correio eletrónico, incluindo SMS (Serviço de Mensagens Curtas), EMS (Serviço de Mensagens Melhoradas), MMS (Serviço de Mensagens Multimédia) e outros tipos de aplicações similares.

Nos termos da legislação em vigor, designadamente o Aviso do BCV nº 03/2017, de 14 de agosto, os elementos referentes a Nome, Nº de Documento de Identificação, Nacionalidade, Naturalidade e Filiação foram conferidos mediante apresentação do respetivo Documento de Identificação e os elementos referentes à Identificação Fiscal foram conferidos mediante apresentação do respetivo documento fiscal.

Declarações

Declaro que tomei conhecimento, me foi explicado, aceitei e me foi entregue um exemplar, assinado neste ato pelo Banco, das “Condições Gerais - Cliente Particular” e da Ficha de Informação Normalizada que incluem as disposições que disciplinam a prestação dos serviços de intermediação financeira e as condições do produto que subscrevi.

Declaro que tomei conhecimento da inclusão do meu nome na central de riscos de crédito nos termos da legislação aplicável.

ASSINATURA DO CLIENTE

_____ | _____ | _____ |
Assinatura conforme o documento de identificação | Data

A PREENCHER PELOS COLABORADORES DO BANCO NO DECURSO DO PROCESSAMENTO DA OPERAÇÃO

Colaborador que procedeu ao atendimento do Cliente

_____ | _____ | _____ |, | _____ | - | _____ | - | _____ |
Assinatura | Nº de Colaborador | Local, Data

Colaborador que validou os dados

_____ | _____ | _____ |, | _____ | - | _____ | - | _____ |
Assinatura | Nº de Colaborador | Local, Data