

FORMULARIO “CONOZCA SU CLIENTE” (kyc)
PERSONA FISICA
(PARA USO DEL COLEGIO DE ABOGADOS DE COSTA RICA)



1. Datos Personales

Nombre: _____ Primer apellido: _____ Segundo apellido: _____

Tipo de identificación () Cédula () Pasaporte () Otro _____

No. de identificación: _____

Fecha de nacimiento: Día [], Mes [], Año []

Lugar de nacimiento: _____

Nacionalidad: _____

Sexo: Masculino (), Femenino ()

Profesión/Ocupación: _____

Estado civil: _____

Domicilio: País: _____ Provincia: _____

Cantón: _____ Distrito: _____

Dirección exacta: _____

Teléfono Residencia: _____ Teléfono Celular: _____

Fax: _____ Apartado Postal. _____

Correo-electrónico _____

Cumple o ha cumplido funciones públicas o políticas destacadas, ya sea en el territorio nacional o en el extranjero: () Si, () No. Si su respuesta fue afirmativa indique:

Cargo o relación _____

Desde: Día _____ Mes _____ Año _____

Hasta: Día _____ Mes _____ Año _____

País: _____

2. Datos Laborales

Trabaja en lo propio: Si () No ()

Nombre de la empresa o negocio: _____

Actividad de la empresa o negocio: _____

FORMULARIO "CONOZCA SU CLIENTE" (kyc)
PERSONA FISICA
(PARA USO DEL COLEGIO DE ABOGADOS DE COSTA RICA)



Cargo que desempeña: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Domicilio: País: _____ Provincia: _____

Cantón: _____ Distrito: _____

Distrito Dirección exacta: _____

3. Descripción de la Póliza:

Tipo de póliza: **Colectiva de Vida del INS.**

Monto de prima: **¢1.157,00 costo de seguro y ¢ 450,00 ahorro.** Periodicidad: **mensual**

Monto del Valor Asegurado: **¢ 2.600.000,00**

Nombre e identificación del Beneficiario: _____

Describa la actividad de la cual provienen los fondos (fuente u origen de fondos):

2

Estimado de ingreso mensual:

() De ¢250.001 a ¢500.000, () De ¢500.001 a ¢ 999.000,

() De ¢1 millón a ¢1.5 millones, () Superior a ¢1.5 millones

Tipo de relación comercial: Favor indicar el tipo de Seguro que está adquiriendo:

Póliza Colectiva de Vida Universal Colegio de Abogados, No. VUC-001, póliza básica de vida que se paga con la colegiatura obligatoria.

4. Correspondencia:

Favor indicar el medio por el cual desea que se le envíe información. Si no desea recibir información, por favor seleccione la opción correspondiente.

() Apartado Postal, () Dirección Física, () Fax, () Correo electrónico

() No deseo recibir información.

5. Observaciones generales y declaración final:

Incluir cualquier comentario o dato que estime necesario en relación con la información consignada en el presente Formulario:

Declaro que este formulario ha sido completado por mi o en mi presencia y que la información provista en el mismo es fiel y verdadera, por tanto acepto que cualquier omisión o falsedad en la información contenida en este formulario causaría la cancelación de esta solicitud y / o del Contrato de Seguros; de igual manera me comprometo a mantener actualizada la información e informar a la entidad, de los cambios que se puedan presentar en el futuro con respecto a dicha información. Autorizo a verificar toda la información contenida en el presente formulario, a discreción de la institución.

Declaro que los ingresos y activos acumulados han sido adquiridos a través de actividades lícitas y legítimas, de igual manera, que nunca he estado involucrado en el delito de lavado de dinero u otras actividades consideradas o que pudieran ser consideradas criminales o que contravengan reglamentaciones internacionales con respecto a lavado de dinero o actividad criminal de cualquier índole.

Finalmente, doy fe de haber sido apercibido sobre los alcances de la Ley 8204, el artículo 15 de dicho cuerpo normativo y el concepto de Persona Públicamente Expuesta.

Asimismo, y de ser solicitado por el Instituto Nacional de Seguros en cualquier momento de la vigencia del Contrato de Seguros, me comprometo en cumplir con lo dispuesto Titulo I Disposiciones generales CAPITULO ÚNICO Artículo 4°.- *“Todas las personas deben colaborar en la prevención y represión de los delitos y el consumo ilícito de las drogas y las demás sustancias citadas en esta Ley; asimismo, de delitos relacionados con la legitimación de capitales y las acciones que puedan servir para financiar actividades u organizaciones terroristas”*. Adjunto copia de cédula de identidad.

Firma del cliente o Representante Legal: _____

Firma del Agente de Seguros: _____

Fecha: _____

(asins--hqm-set.12/11)