

FORMULARIO CONOZCA SU CLIENTE PERSONA FISICA

En cumplimiento de la Ley 7786 (y sus reformas) Ley sobre Estupefacientes, Sustancias Psicotrópicas, Drogas de uso no autorizados, Actividades Conexas, Legitimación de Capitales y Financiamiento al Terrorismo.



Seguros del Magisterio S.A. se caracteriza por brindar servicios de buena calidad, procurando además, en todas sus actuaciones, brindar un alto nivel de seguridad, tanto a nuestros clientes como a toda la comunidad nacional. Nos preocupamos por el cumplimiento de las leyes y regulaciones que nos son aplicables, en el ámbito nacional e internacional respecto al tema de prevención de los delitos de legitimación y financiamiento al terrorismo. Por lo anterior, le solicitamos muy respetuosamente, nos brinde todos los datos que se detallan en los diferentes apartados de este formulario, por favor no dejar espacios en blanco, e indicar N/A cuando no aplique la pregunta para usted. La firma debe ser manuscrita o digital certificada. Nos comprometemos con usted a manejar su información de la forma más responsable y con absoluta confidencialidad, en apego a la ley 8968.

Cliente Nuevo  Actualización de Datos

DATOS PERSONALES

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre completo	Conocido como
Número Identificación	Vencimiento de la ID	Tipo identificación	Nacionalidad
Fecha de nacimiento	País de Nacimiento	País de Domicilio	Seleccione
Profesión u oficio	Ocupación	Estado Civil	Seleccione
Domicilio en Costa Rica:	Cantón	Distrito	
Provincia	Seleccione	Seleccione	
Otras señas			

Domicilio en el extranjero:

País	Dirección
Seleccione	

MEDIOS DE COMUNICACIÓN

No. Teléfono fijo	No. Celular	Correo electrónico

ACTIVIDAD ECONÓMICA Y ORIGEN DE LOS RECURSOS

Nombre de la empresa que genera los ingresos	Rango de ingreso mensual	¿De qué forma obtiene sus
Actividad de la empresa	Puesto que ocupa	Correo electrónico
Dirección: Provincia	Cantón	Distrito
Seleccione	Seleccione	Seleccione
¿Está inscrito como contribuyente en otro país? En caso afirmativo, en cuál?	No. de TIN	
Nombre de la empresa en que trabaja o desarrolla su actividad	Actividad económica que realiza la empresa	

¿Ocupa o ha ocupado cargos políticos relevantes en el país o en el extranjero (PEP)?	Si su respuesta es afirmativa, por favor indique:		
Cargo desempeñado	País	Desde fecha	Hasta fecha
Seleccione	Seleccione		
¿Su cónyuge ocupa o ha ocupado cargos políticos relevantes en el país o en el extranjero (PEP)?	Si su respuesta es afirmativa, por favor indique:		
Cargo desempeñado	País	Desde fecha	Hasta fecha
Seleccione	Seleccione		
¿Desempeña usted alguna actividad de las nombradas en los artículos 15 o 15 bis de la ley 9449? En caso afirmativo, favor indique:	Fecha de inscripción		
Actividad regulada que realiza	Seleccione		

DATOS DE LA PÓLIZA

Tipo de Póliza	Monto asegurado	Forma de Pago	Primas mensuales	Canal Utilizado
Seleccione	Seleccione	Seleccione	¢ <input type="checkbox"/> \$ <input type="checkbox"/>	Seleccione
Propósito o naturaleza de la relación comercial	Medio de Pago			
Seleccione	Seleccione			

CICAC (CENTRO DE INFORMACIÓN CONOZCA A SU CLIENTE)

Autoriza a la aseguradora a:  ing\_sar  consu\_r  actualiza\_bs datos en el CICAC?  
 Si su respuesta es negativa, favor indicar la razón:

DECLARACIÓN JURADA

Declaro que: 1. mis ingresos y activos provienen de actividades totalmente lícitas y legítimas. 2. estoy debidamente enterado de las consecuencias penales, con las que la legislación costarricense castiga la falsedad. 3. toda la información presentada es verdadera, está actualizada 4. este formulario ha sido completado por mi persona y/o en mi presencia. 5. he sido apercebido sobre los alcances de la ley 7786 y sus reformas. Autorizo a la aseguradora a 1. que, en forma independiente y a su sola discreción, verifique la información suministrada y en caso de considerarlo necesario, me comprometo a entregar los documentos que me soliciten y respalden esta información. 2. De acuerdo con la Ley 8968, a verificar por los medios que considere pertinentes, pudiendo en todo caso acceder, copiar y recopilar la información del firmante que se encuentre almacenada en bases de datos públicas y/o privadas, en sistemas o redes informáticas o telemáticas, o en contenedores electrónicos, ópticos o magnéticos.

Firma de cliente

Fecha

Nombre y firma del funcionario o intermediario

Revisión Oficial de Cumplimiento  
 Código: OP-SR-FO-001-04 / Versión 08, rige a partir del 07/01/2024