



FORMULARIO CONOZCA A SU CLIENTE PERSONA FÍSICA

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

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 de Capitales 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

1. DATOS DEL ASEGURADO O TOMADOR

Nombre Completo		Primer Apellido		Segundo Apellido	
Tipo de Identificación		Número de identificación		Fecha de Caducidad	
Cédula	Pasaporte	Cédula de Residencia	Otro		
Teléfono Celular		Teléfono de Residencia		Apartado Postal	
País de Nacimiento		Nacionalidad		Fecha de Nacimiento	
Domicilio Permanente		País	Provincia	Cantón	Distrito
Dirección Exacta (Otras señas)					
Domicilio en el extranjero		País		Dirección exacta	
Correo para envío de factura electrónica (en caso de ser distinto)					

2. OCUPACIÓN O ACTIVIDAD ECONÓMICA

Profesión		Actividad Económica			
Ingreso Mensual Estimado		Moneda		Administra Fondos de Terceros?	
		Colones	Dólares	SI	NO
Ejerce alguna de las profesiones citadas en el Artículo 15 o 15 bis de la Ley 7786?				SI	NO
Actividad Regulada que realiza		Primas:		Colones	Dólares

3. DATOS DEL PATRONO O NEGOCIO PROPIO

Nombre de la Empresa o Negocio Propio		Actividad de Empresa o Negocio			
Cargo que desempeña		Teléfono		Correo Electrónico	
Domicilio Comercial		País	Provincia	Cantón	Distrito
Dirección Exacta (Otras señas)					

4. PERSONAS EXPUESTAS POLÍTICAMENTE (PEP)

Usted desempeña o ha desempeñado algún cargo político?		SI	NO		
Si su respuesta es afirmativa, indique el periodo o años en que desempeño el cargo:					
Mantiene alguna relación por consanguinidad o afin con alguna persona expuesta políticamente?		SI	NO		
Indique la relación y el cargo de esa persona					

5. SE ENCUENTRE USTED INSCRITO COMO CONTRIBUYENTE TRIBUTARIO EN OTRO PAÍS?

SI Número de TIM: NO

6. ORIGEN DE LOS FONDOS PARA EL PAGO DE LA PÓLIZA

Salario	Honorarios	Herencia	Rentas	Subvención Patronal	Operaciones del Negocio	Otro
Explique:						

7. DATOS DE LA PÓLIZA

Tipo de Póliza	Monto Asegurado	Forma de Pago	Prima	¢	\$	Canal Utilizado
----------------	-----------------	---------------	-------	---	----	-----------------

8. CENTRO DE INFORMACIÓN CONOZCA A SU CLIENTE (CICAC)

Autorizo a la aseguradora a:	Ingresar	Consultar	Actualizar los datos en el CICAC
Si su respuesta es negativa, favor indicar la razón:			

9. DECLARACIÓN JURADA

Para efectos del presente declaro expresamente lo siguiente: 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 y se encuentra 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 lo medio 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 del Cliente

Fecha

Nombre y Firma del Funcionario o Intermediario

Revisión de la Oficialía de Cumplimiento