

FORMULARIO CONOZCA A SU CLIENTE PERSONA FÍSICA

A. DATOS GENERALES

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre	
Número de Identificación		Tipo Identificación: <input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Cédula Residencia <input type="checkbox"/> Otro Especifique: _____			Fecha de Caducidad Día / Mes / Año
Nacionalidad		Fecha de Nacimiento Día / Mes / Año		País de Nacimiento	
Profesión:		Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Unión Libre			Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Teléfono Residencia	Teléfono Celular		Fax	Apartado Postal	Correo Electrónico:
Domicilio Permanente	País		Provincia	Cantón	Distrito

Dirección Exacta (Otras Señas):

B. OCUPACION O ACTIVIDAD ACTUAL

- Asalariado _____
- Trabajador independiente. Indique la naturaleza del negocio: _____
- No generador de ingresos (Ama de Casa, Dependiente, Pensionado etc). Detalle: _____

C. DATOS DE LA EMPRESA O ACTIVIDAD QUE GENERA SUS INGRESOS

Nombre de la Empresa o Negocio		Actividad de la Empresa o Negocio			
Cargo que desempeña		Teléfono		Fax	
Domicilio Comercial	País		Provincia	Cantón	Distrito

Dirección Exacta

D. ORIGEN DE LOS FONDOS PARA PAGO DE LA PÓLIZA

Origen de los Fondos: (¿De dónde provienen y en que forma?) _____

¿En qué país desarrolla la mayoría de sus actividades económicas?

Ingreso mensual estimado

¿Se desempeña entre las actividades citadas en el Artículo 15 y 15 bis de la Ley 8204? Si No En caso afirmativo, aportar inscripción emitida por SUGEf

E. PERSONAS EXPUESTAS POLITICAMENTE (PEPs)

Manifiesta desempeñar o haber desempeñado algún cargo que implique funciones públicas destacadas en el país o en el extranjero SI NO

En caso afirmativo, indique el período durante el cual desempeñó dichas funciones: _____

Manifiesta tener relación directa (consaguinidad) o indirecta (afinidad) con una persona expuesta políticamente (PEP). SI NO

Detalle el tipo de relación _____

F. DATOS DEL PRODUCTO

Tipo de seguro	Medio de Pago	
	<input type="checkbox"/> Transferencia vía SINPE	<input type="checkbox"/> Efectivo
	<input type="checkbox"/> Cargo automático a tarjeta de débito o crédito	<input type="checkbox"/> Cheque
	<input type="checkbox"/> Dedución salarial (convenio con empresa)	<input type="checkbox"/> Pago por terceros o de cuentas de terceros
	<input type="checkbox"/> Depósito en cuentas de aseguradora o transferencia	<input type="checkbox"/> Transferencia electrónica desde el extranjero
Frecuencia de las transacciones	Rango de Prima Mensual	
<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Cuatrimestral	<input type="checkbox"/> Transacciones mensuales entre \$1.00 a \$1,000.00
<input type="checkbox"/> Bimensual	<input type="checkbox"/> Semestral	<input type="checkbox"/> Transacciones mensuales entre \$1,001.00 a \$5,000.00
<input type="checkbox"/> Trimestral	<input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> Transacciones mayores a \$5,001.00

G. DECLARACIÓN JURADA

Para efectos del presente contrato declaro expresamente lo siguiente: 1. Tanto mi actividad, como profesión u oficio, son lícitos y los ejerzo dentro de los marcos legales. 2. Los dineros con los que adquirí los bienes relacionados y los utilizados para pagar la prima del presente contrato no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en la legislación costarricense. 3. Las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verídicas en la forma que aparecen descritas; por lo tanto, la falsedad, omisión o error en ellas, tendrán las consecuencias estipuladas por la ley. 4. Me obligo con la compañía a mantener actualizada la información suministrada, de acuerdo con los procedimientos que para tal efecto tenga dispuesta la compañía. 5. Autorizo a **PAN-AMERICAN LIFE INSURANCE DE COSTA RICA, S.A.**, en forma expresa, para reportar, procesar, solicitar, suministrar o divulgar, únicamente a las entidades legalmente autorizadas, de conformidad con la Ley 8204, todo lo relativo a mi información.

H- FIRMAS

Firma del Cliente	Fecha	Nombre y Firma del Asesor
-------------------	-------	---------------------------