



**Formulario Conozca a su Cliente (KYC)
Personas Físicas**

1. Datos Personales

Nombre:	Primer apellido:	Segundo apellido:
Tipo de identificación () Cédula () Pasaporte () Otro	No. de identificación	
Fecha de nacimiento: Día [DD] Mes [MM] Año (YYYY)	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 _____	
País: _____	Hasta: Día _____ Mes _____ Año _____	

2. Datos Laborales

Trabaja en lo propio: Si () No ()	Nombre de la empresa o negocio:
Actividad de la empresa o negocio:	
Cargo que desempeña:	Teléfono: _____ Fax: _____
Domicilio: País:	Provincia: _____ Cantón: _____
Distrito	Dirección exacta: _____

3. Descripción de la Póliza:

Tipo de póliza:	Monto de la prima:	Periodicidad:
Monto del Valor Asegurado:		
Nombre e identificación del Beneficiario:		
Describa la actividad de la cual provienen los fondos (fuente u origen de fondos):		
<p>Estimado de ingreso mensual: O De ¢250.001 a ¢500.000 O De ¢500.001 a ¢999.000 O De ¢1 millón a ¢1.5 millones O Superior a ¢1.5 millones</p>		
Tipo de relación comercial: Favor indicar el tipo de Seguro que está adquiriendo:		

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.			
<input type="checkbox"/> Apartado Postal	<input type="checkbox"/> Dirección Física	<input type="checkbox"/> Fax	<input type="checkbox"/> Correo electrónico
<input type="checkbox"/> No deseo recibir información.			



**Formulario Conozca a su Cliente (KYC)
Personas Físicas**

5. Observaciones generales:

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 Título 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.

Firma del cliente o Representante Legal

Fecha

Firma del Agente de Seguros