

FORMULARIO CONOZCA A SU CLIENTE PERSONA FÍSICA

A. DATOS GENERALES

Primer apellido		Segundo apellido/Casada		Nombre	
Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Número de Identificación	Tipo Identificación:	Fecha de Caducidad	Estado Civil:	
Nacionalidad		Fecha de Nacimiento	Mes / Día / Año	País de Nacimiento	
Profesión:		Teléfono Residencia		Teléfono Celular	
Domicilio Permanente			Correo Electrónico:		
País		Provincia	Cantón	Distrito	

B. OCUPACIÓN 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	
Domicilio Comercial			
País	Provincia	Cantón	Distrito

D. ORIGEN DE LOS FONDOS PARA PAGO DE LA PÓLIZA

Origen de los Fondos: (¿De dónde provienen y en qué forma?)	¿En qué país desarrolla la mayoría de sus actividades económicas?
<input type="checkbox"/> No ¿Se desempeña entre las actividades citadas en el Artículo 15 y 15 bis de la Ley 8204? En caso afirmativo, indique el período	Ingreso mensual estimado
<input type="checkbox"/> Sí durante el cual desempeñó dichas funciones: _____	

E. PERSONAS EXPUESTAS PÚBLICAMENTE (PEPs)

- No ¿Algún Socio, Director o Representante de la empresa desempeña o ha desempeñado algún cargo político? En caso afirmativo, indique el período
- Sí durante el cual desempeñó dichas funciones: _____
- No ¿Algún Socio, Director o Representante de la empresa tiene relación directa (consanguinidad) o indirecta (afinidad) con alguna persona expuesta
- Sí políticamente (PEP)? Detalle el tipo de relación: _____

F. DATOS DEL PRODUCTO

Tipo de seguro	Frecuencia de las transacciones	Rango de Prima Mensual
	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Transacciones mensuales entre \$1.00 a \$1,000.00
	<input type="checkbox"/> Bimensual	<input type="checkbox"/> Transacciones mensuales entre \$1,001.00 a \$5,000.00
	<input type="checkbox"/> Trimestral	<input type="checkbox"/> Transacciones mayores a \$5,001.00
	<input type="checkbox"/> Cuatrimestral	
	<input type="checkbox"/> Semestral	
	<input type="checkbox"/> Anual	
Medio de Pago		
<input type="checkbox"/> Pago Directo	<input type="checkbox"/> Débito automático Bancario (ACH)	<input type="checkbox"/> Débito Automático por Tarjeta de Crédito
<input type="checkbox"/> Transferencia Bancaria	<input type="checkbox"/> Deducción por Nómina	

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 MM/DD/AAAA _____

X _____
Nombre y Firma del Intermediario de Seguro:

X _____