

CONOZCA A SU CLIENTE
PERSONA FÍSICA



Fecha: 15/11/2024

Código: SGC-GGO-CUM-P01-F07

Ver: 2

La información establecida en este formulario se encuentra establecida en la normativa para la Ley 7786.

Instrucciones

*Este formulario debe entregarse con todos los espacios completos.

*Cuando no aplique alguna casilla debe indicarse N/A o colocar una línea transversal.

*Este formulario no debe presentar tachones, alternaciones ni uso de corrector.

*TIN: Siglas en inglés para determinar el número de identificación del contribuyente extranjero.

*PEP: Persona Expuesta Políticamente

Cliente nuevo Actualización Fecha: ___ / ___ / ___

A. DATOS GENERALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	CÓDIGO DE CLIENTE	
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	TIPO DE IDENTIFICACIÓN		FECHA DE CADUCIDAD IDENTIFICACIÓN	
	<input type="checkbox"/> CÉDULA <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> CÉDULA RESIDENCIA <input type="checkbox"/> OTRO:			
NACIONALIDAD	FECHA DE NACIMIENTO	PAÍS DE NACIMIENTO	CORREO ELECTRÓNICO	
PROFESIÓN	ESTADO CIVIL		SEXO	
	<input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> SEPARADO		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> OTRO	
TELÉFONO DE RESIDENCIA	TELÉFONO CELULAR	EMAIL	APARTADO POSTAL	
DOMICILIO PERMANENTE	PAÍS	PROVINCIA	CANTÓN	DISTRITO

Dirección exacta (otras señas):

B. OCUPACIÓN O ACTIVIDAD ACTUAL

PROFESIÓN	ACTIVIDAD ECONÓMICA QUE ORIGINA LOS INGRESOS
-----------	--

C. DATOS DEL EMPLEADOR O NEGOCIO PROPIO

NOMBRE DE LA EMPRESA O NEGOCIO	ACTIVIDAD DE LA EMPRESA O NEGOCIO			
CARGO QUE DESEMPEÑA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO		
DOMICILIO COMERCIAL	PAÍS	PROVINCIA	CANTÓN	DISTRITO

Dirección exacta (otras señas):

D. SE ENCUENTRA INSCRITO COMO CONTRIBUYENTE TRIBUTARIO EN OTRO PAÍS

SÍ NÚMERO DE TIN _____ NO

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

Salarios. Explique:

Honorarios. Explique:

Herencia. Explique:

Rentas. Explique:

Operación de negocios efectuados en el país. Explique:

Operación de negocios efectuados en el país y en el Extranjero. Explique:

Operación de negocios efectuados en el Extranjero. Explique:

INGRESO MENSUAL ESTIMADO

Colones Dólares

¿LOS FONDOS POR MOVILIZAR SON PROPIOS O DE TERCEROS? Propios Terceros

¿Se desempeña entre las actividades citadas en el artículo 15 de la Ley 7786 (manejo de fondos de terceros físicos o jurídicos)?:

Sí No En caso afirmativo aportar inscripción emitida por la Sugef.

F. PERSONAS EXPUESTAS POLÍTICAMENTE (PEP's)		
¿Manifiesta desempeñar o haber desempeñado algún cargo político? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
En caso afirmativo, indique el período durante el cual desempeñó dichas funciones:		
¿Manifiesta tener relación directa (consanguinidad) o indirecta (afinidad) con alguna persona expuesta políticamente (PEP)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Detalle el tipo de relación:		
DECLARACIÓN Y ALCANCE DE RESPONSABILIDAD PARA PERSONA FÍSICA		
Para efectos del presente contrato declaro expresamente lo siguiente: 1- La actividad económica de mi representada es lícita y se ejerce dentro de los marcos legales. 2- Los dineros con los que se adquirieron los bienes relacionados y 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- Mi representada se obliga con la compañía a mantener actualizada la información suministrada, de acuerdo con los procedimientos que para tales efectos tenga dispuesto MNK Seguros Compañía Aseguradora S.A. 5- Autorizo a MNK Seguros Compañía Aseguradora S.A. en forma expresa, para reportar, procesar, solicitar, suministrar o divulgar, únicamente a las entidades legalmente autorizadas, de conformidad con la Ley 7786, todo lo relativo a la información de mi representada. 6- Autorizo a MNK Seguros Compañía Aseguradora S.A. para acceder a los sistemas de empresas comercializadoras de bases de datos o cualquier otra similar, para verificar datos, información personal, sean datos personales de acceso irrestricto o de acceso restringido, incluyendo dentro de estos, fotografía del documento de identidad permitidos de conformidad con la Ley 8969 de Protección de la Persona frente al tratamiento de sus datos personales. 7. Me comprometo a mantener informado a MNK Seguros sobre cambios que puedan presentarse a futuro, con respecto a la información declarada en este formulario mientras exista una relación comercial y contractual entre las partes.		
Nombre y firma de representante legal	Lugar y fecha	Nombre y firma del asesor que completó el formulario

Preautorización Cicac (Centro de Información Conozca a su Cliente)

Aceptación del cliente para autorizar la consulta, inclusión o actualización de los datos en el Cicac: el artículo 16 bis de la Ley 7786 establece la creación de la base de datos con información de la política Conozca a su cliente de los sujetos obligados, denominada Centro de Información Conozca a su Cliente (Cicac). Se trata de un expediente electrónico que recopila y almacena la información de cada cliente, como insumo básico para la atención de la política conozca a su cliente (PCC). Además, es una herramienta de prevención de los riesgos de lavado de dinero y financiamiento del terrorismo para uso del sistema financiero supervisado. Los sujetos obligados requieren de previo una autorización por parte del cliente para poder consultar la información contenida en el Cicac.

Nombre del cliente: _____	Identificación: _____
---------------------------	-----------------------

Aceptación sobre Cicac: el cliente manifiesta conocer y aceptar en forma expresa, que ha recibido información necesaria y explicación previa por parte de MNK Seguros registrado ante Sugese bajo la licencia A13, respecto al objeto, alcance, funcionamiento, acceso y uso de la información del Centro de Información Conozca a su Cliente (en adelante denominado Cicac). El mismo constituye un expediente electrónico que recopila y almacena la información del cliente como insumo básico para la atención de la política conozca a su cliente, administrado por la Superintendencia General de Entidades Financieras (Sugef). Asimismo, declara entender, que los sujetos obligados, supervisados por las superintendencias adscritas en el Consejo Nacional de Supervisión del Sistema Financiero (Conassif), pueden tener acceso al Cicac, siempre y cuando exista una autorización previa por parte del titular de la información (cliente).

Por lo tanto, en su condición de cliente y titular de la información, ¿está de acuerdo en permitir que su información sea incluida, consultada o actualizada en el Centro de Información Conozca a su Cliente (Cicac), por colaboradores o personeros autorizados de MNK Seguros Compañía Aseguradora S. A, quien actúa como su contraparte en el contrato de seguro a suscribir?:

Sí No En caso negativo favor indicar el motivo: _____

Cliente sin firma digital y reside en el extranjero.

En caso de que acepte, colaboradores o personeros autorizados, se pondrán en contacto posteriormente para formalizar su autorización y consentimiento conforme los requerimientos normativos para la consulta y/o actualización de sus datos en CICAC.

Firma del cliente: _____

Fecha: _____