

DATOS GENERALES

Primer Apellido:		Segundo Apellido:		Nombre:		Código Cliente	
Número de Identificación		Tipo de Identificación: <input type="radio"/> Cédula <input type="radio"/> Pasaporte <input type="radio"/> Cédula Residencia <input type="radio"/> Otro, especifique: _____				Fecha de Caducidad (día/mes/año) / /	
Nacionalidad:		Fecha de Nacimiento (día/mes/año) / /	País de nacimiento:	Profesión:		Estado civil:	Sexo: F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>
Teléfono residencia:		Teléfono celular:	Fax:		Apartado Postal:	Correo electrónico:	
DOMICILIO PERMANENTE		País:	Provincia:		Cantón:	Distrito:	
Dirección exacta (Otras señas):							

OCUPACIÓN O ACTIVIDAD ACTUAL

Asalariado
 Trabajador independiente. **Indique la naturaleza del negocio:**
 No generador de ingresos (Ama de casa, dependiente, pensionado, etc.). **Detalle:**

DATOS DE LA EMPRESA O LUGAR QUE GENERA SUS INGRESOS

Nombre de la empresa o negocio:			Actividad de la empresa o negocio:			
Cargo que desempeñe:			Teléfono:		Fax:	
DOMICILIO COMERCIAL		País:	Provincial:	Cantón:		Distrito
Dirección exacta (Otras señas):						

ORIGEN DE LOS FONDOS

Origen de los Fondos: **{¿De dónde provienen y en qué forma?}**

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

Ingreso mensual estimado: ¿Los fondos por movilizar son propios o de terceros?: Propios Terceros

¿Se desempeña entre las actividades citadas en el Artículo 15 de la Ley 8204 (manejo de fondos de terceros físicos o jurídicos): Sí No

En caso afirmativo aportar inscripción emitida por SUGEF.

TIPOS DE ACTIVOS

La mayoría de sus activos corresponden a:

Activos fijos muebles e inmuebles dentro del país
 Activos fijos muebles e inmuebles fuera del país
 Activos monetarios y/o financieros dentro del país
 Activos monetarios y/o financieros fuera del país

PERSONAS EXPUESTAS POLÍTICAMENTE (PEP's)

Manifiesta desempeñar o haber desempeñado algún cargo que implique funciones públicas destacas en el país o en el extranjero: Sí No

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

Manifiesta tener relación directa (consanguinidad) o indirecta (afinidad) con una persona expuesta políticamente (PEP's): Sí No

Detalle el tipo de relación:

Aceptación sobre CENTRO DE INFORMACIÓN CONOZCA A SU CLIENTE

El **CICAC** constituye un expediente electrónico, que recopila y almacena información del cliente como insumo básico para la atención de la política conozca a su cliente, administrada por la Superintendencia General de Entidades Financieras (SUGEF). 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**.

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 por MAPFRE Seguros Costa Rica? **Justifique su respuesta:**

SI **NO** ; En caso de **negativo**, por favor indique el **motivo (CAMPO OBLIGATORIO)**: _____

CORRESPONDENCIA

Favor indicar el medio por el cual desea que se le envíe información:

Apartado Postal Dirección física Fax Correo electrónico Especifique: _____

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 MAPFRE SEGUROS COSTA RICA, 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.

Lugar y fecha

Firma del cliente

Nombre y firma del asesor que completó el formulario