

Número de Solicitud:

Cédula Jurídica: 3-101-560179. San José, Barrio Tournón, costado este de Periódico La República. edificio Alvasa. T: (506) 2010-3000. F: (506) 2221-4656. Línea Gratuita: **8000-627373**. info@mapfre.co.cr / www.mapfre.cr

DATOS GENERALES

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

OCUPACIÓN O ACTIVIDAD ACTUAL

<input type="radio"/> Asalariado
<input type="radio"/> Trabajador independiente. Indique la naturaleza del negocio:
<input type="radio"/> No generador de ingresos (Ama de casa, Dependiente, Pensionado, etc.). Detalle:

DATOS DE LA EMPRESA O LUGAR QUE GENERA SUS INGRESOS EN CASO DE SER INDEPENDIENTE

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 (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?: <input type="radio"/> Propios <input type="radio"/> Terceros
¿Se desempeña entre las actividades citadas en el Artículo 15 de la Ley 8204 (manejo de fondos de terceros físicos o jurídicos):	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No En caso afirmativo, apotar inscripción emitida por SUGEF

TIPOS DE ACTIVOS

La mayoría de sus activos corresponden a:	<input type="radio"/> Activos fijos muebles e inmuebles dentro del país <input type="radio"/> Activos monetarios y/o financieros dentro del país <input type="radio"/> Activos fijos muebles e inmuebles fuera del país <input type="radio"/> Activos monetarios y/o financieros fuera del país
---	--

PERSONAS EXPUESTAS POLITICAMENTE (PEPs)

Manifiesta desempeñar o haber desempeñado algún cargo que implique funciones públicas destacadas en el país o en el extranjero:	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> 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):	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Detalle el tipo de relación:	

DESCRIPCIÓN DE LA PÓLIZA

Propósito de relación comercial (Indicar el tipo de Seguro que está adquiriendo):	Monto prima:
Tipo de prima:	Periodicidad: <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Semestral <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Mensual
Forma de pago de la póliza: <input type="radio"/> Efectivo <input type="radio"/> Cheque <input type="radio"/> Tarjeta de Crédito <input type="radio"/> Transferencia nacional <input type="radio"/> Transferencia del exterior	Monto Valor asegurado:

CORRESPONDENCIA

Favor indicar el medio por el cual desea que se le envíe información:
<input type="radio"/> Apartado Postal <input type="radio"/> Dirección física <input type="radio"/> Fax <input type="radio"/> 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 (NOMBRE DE LA ENTIDAD ASEGURADORA), 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