



FORMULARIO CONOZCA A SU CLIENTE

Persona Física

Productos

 Crédito Arrendamiento Certificado de Inversión

A) INFORMACION DEL SOLICITANTE:

Nombre del Solicitante			
Tipo de identificación: <input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Cédula de residencia <input type="checkbox"/> Otro Especifique		Número de Identificación	Fecha de vencimiento
Fecha de nacimiento Día() Mes() Año ()	País y ciudad de nacimiento	Nacionalidad	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Unión Libre	N° de hijos	N° de dependientes	
Dirección exacta de su domicilio: País Provincia Cantón Distrito		Otras señas	
Años de vivir ahí:	Tipo de Residencia: <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Alquilada <input type="checkbox"/> De sus padres <input type="checkbox"/> Gratuita <input type="checkbox"/> Hipoteca <input type="checkbox"/> Compartida <input type="checkbox"/> Financiada por: Otro concepto:	Pago mensual por residencia	
Teléfono celular:		Teléfono de Residencia y fax:	
Correo electrónico autorizado para recibir información periódicamente:			
Nombre del Pariente más cercano que no viva con usted:		Teléfonos:	Vinculo o relación
Dirección exacta de su domicilio: País Provincia Cantón Distrito		Casa color	Lado <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo
Otras señas:		Años de vivir ahí	

B) INFORMACION LABORAL:

Nombre de la empresa	Nombre del puesto actual	La empresa es propia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Profesión u oficio	Tiempo que lleva en la empresa	Salario Actual:
Actividad de la empresa:	Apartado postal:	
Dirección de la empresa:	Teléfono No. Ext:	Fax: e-mail

C) INFORMACION DEL CONYUGE:

Nombre Completo:		Número de Cédula::	
Profesión u oficio:	Empresa donde labora	Teléfono celular:	Teléfono de habitación
Teléfono del Trabajo:	Salario Actual:	Dirección del Trabajo: e-mail:	

D) ACTIVIDAD TRANSACCIONAL ESPERADA

Sus operaciones mensuales estimadas en la entidad serán de:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Menos de \$1.000 | <input type="checkbox"/> Menos de €500.000 |
| <input type="checkbox"/> Más de \$1.000 y menos de \$5.000 | <input type="checkbox"/> Más de €500.000 y menos de \$2.000.000 |
| <input type="checkbox"/> Más de \$5.000 y menos de \$10.000 | <input type="checkbox"/> Más de €2.000.000 y menos de €5.000.000 |
| <input type="checkbox"/> Más de \$10.000 | <input type="checkbox"/> Más de €5.000.000 |

E) ORIGEN DE LOS FONDOS

Los fondos a transar son originados de la siguiente manera y pertenecen a mi persona:

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Salario
Incluir salario bruto y neto) | <input type="checkbox"/> Pensión
(Monto , fecha de inicio) | <input type="checkbox"/> Negocio Propio
(ingreso mensual por negocio) | <input type="checkbox"/> Herencia
(Nombre del fallecido, parentesco, monto) |
|---|---|--|--|

Ahorro en otras entidades Otros Orígenes (Especifique)

***Maneja fondos de terceros? (Socios, inversionistas, clientes, otros)**

No Sí

Realiza alguna de las siguientes actividades

- Compraventa o el traspaso de bienes inmuebles y bienes muebles registrables o no registrables, tales como armas, piedras y metales preciosos, obras de arte, joyas, automóviles y los seguros.
- Casinos, apuestas y otras operaciones relacionadas con juegos de azar.
- Operadoras de tarjetas de crédito que no formen parte de un grupo financiero.
- Servicios profesionales.
- Medios alternativos de transferencias financieras.

* Si maneja fondos de terceros debe aportar copia de la Licencia otorgada por la SUGEF, según el artículo 15 de la Ley 8204

F) RAZÓN POR LA CUÁL ESTABLECE LA RELACIÓN COMERCIAL

Propósito de la operación a realizar

- Personal Comercial Otras razones (Especifique)

G) PERSONAS EXPUESTAS POLÍTICAMENTE

Es usted una persona expuesta políticamente (PEPS*)?

- Si No

Tiene afinidad o parentesco (hasta segundo grado) con alguna persona expuesta políticamente

- Si No.....() No sabe

Indique nombre y/o parentesco de la persona expuesta políticamente (PEPS) con la que tiene relación

***Personas Expuestas Políticamente (PEPS)**

Las personas expuestas políticamente (PEPs) son aquellas que de conformidad con la Ley contra la corrupción y el enriquecimiento ilícito en la función pública, deben rendir declaración jurada sobre su situación patrimonial ante la Controlaría General de la República

H) REFERENCIAS**Cuentas corrientes / tarjetas de crédito o débito**

Entidad	No. cuenta	Límite de crédito	Teléfono	Contacto

Obligaciones

Acreedor	Montos en \$ o ¢	Monto de cuota mensual	Teléfono	Contacto

Comerciales

Empresa	Teléfono	Contacto

Personales

Nombre	Teléfono

I) DOCUMENTACION REQUERIDA

- Fotocopia legible de la cédula de identidad del solicitante Original de Constancia de salario o Certificación de Ingresos brutos y netos de CPA
 Constancia de Trabajo (mínimo 1 año de laborar para la misma empresa) Fotocopia legible de la orden patronal actualizada (1 mes)
 Referencias bancarias (estados de cuenta bancarios o tarjetas de crédito de los últimos tres meses) Recibo de residencia por servicios públicos
 Resumen de la actividad profesional del solicitante.

Declaro bajo juramento que esta información es exacta, correcta y verdadera. Que los ingresos indicados en este documento NO provienen de actividades relacionadas con legitimación de capitales (tráfico de drogas, tráfico ilegal de armas, tráfico de personas, secuestro extorsión, corrupción, terrorismo, y otro delito grave). Autorizo a CAFSA para que efectúe indagaciones con el fin de verificar las referencias y la veracidad de la información contenida en este formulario y la documentación aportada de mi parte. Con el fin de mantener actualizada la información, me comprometo a informar sobre las variaciones en los datos proporcionados.

Firma del Cliente _____

Fecha: _____

Firma conforme con lo anterior



FORMULARIO CONOZCA A SU CLIENTE

Persona Física

ESPACIO PARA USO INTERNO

I. VERIFICACIONES

<input type="checkbox"/> Documento de identidad confrontado contra el original		
<input type="checkbox"/> Verificación de validez del documento de identificación		
<input type="checkbox"/> Verificación del domicilio contra (Indicar contra qué documentos se realizó la verificación)		
<input type="checkbox"/> Verificación de los números telefónicos (Indicar el medio utilizado para realizar la verificación)		

II. CUMPLE CON LOS REQUISITOS Si No

III. DOCUMENTOS COMPLETOS Si No

Cliente tramitado por: _____ Firma _____ Fecha _____

Aprobado por: _____ Firma _____ Fecha _____

OBSERVACIONES