



**Formulario
Conozca a su cliente
Personas Físicas**

Versión: 05

Fecha:
19/02/2015

Código:
7-FOR-057

Pág:
1/5

Consentimiento Informado

El cliente se obliga en este acto, a entregar al Grupo Financiero Cafsa, con la prontitud que éste lo requiera, los documentos, informes y datos que considere pertinentes en relación con el producto o servicio otorgado. No contar con esta información será motivo para suspender cualquier giro o captación de dinero. De esta manera, el cliente autoriza expresamente al Grupo Financiero Cafsa, sus subsidiarias, funcionarios, y a la Superintendencia General de Entidades Financieras (SUGEF), para que estos obtengan, verifiquen, utilicen y compartan la información general, de carácter personal y de crédito facilitada al Grupo, así como a brindar, transferir e intercambiar la información proporcionada y recopilada con el objeto de que se incluya dentro de las bases de datos públicas o privadas del Grupo Financiero Cafsa y del Sistema Financiero Nacional. Del mismo modo, para los efectos de lo dispuesto en el inciso dos del artículo cinco de la Ley de Protección de la Persona frente al Tratamiento de sus Datos Personales, Ley No. 8968; expresamente se autoriza al Grupo Financiero Cafsa para que, directa o indirectamente, consulte bases de datos privadas y públicas que tengan acceso a los datos personales de acceso irrestricto, de acceso restringido y de datos sensibles; lo anterior con el propósito de verificar o confirmar la información que se ha proporcionado y recopilado; así como cualquier otra información que el Grupo Financiero Cafsa considere necesaria para la prestación y tramitación de los diversos productos y servicios facilitados por el Grupo Financiero Cafsa al cliente. El cliente acepta que en caso de caer en mora, su información personal y crediticia; data positiva o negativa, pueda ser transferida a los bureau de crédito, de conformidad con lo indicado por el inciso cuarto del artículo nueve de la Ley No 8968. Igualmente, el cliente acepta expresamente, recibir de parte del Grupo Financiero Cafsa, toda la información publicitaria que éste genere relativa a los diferentes productos o servicios facilitados por él o cualquiera de sus subsidiarias.

Firma del Cliente _____

Fecha: _____

Firma conforme con lo anterior



**Formulario
Conozca a su cliente
Personas Físicas**

Versión: 05

Fecha:
19/02/2015

Código:
7-FOR-057

Pág:
2/5

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"/> DIMEX <input type="checkbox"/> DIDI		Número de Identificación	Fecha de vencimiento
Fecha de nacimiento Día() Mes() Año ()	País de Nacimiento	Ciudad de Nacimiento	Nacionalidad
¿Es usted ciudadano o residente estadounidense? SI () NO ()	Completar si es ciudadano o residente estadounidense Número de TIN Número Green Card	¿Tiene otra nacionalidad? SI () NO () ¿Cuál?	Sexo () M () F
Estado Civil () Soltero () Casado () Divorciado () Viudo () Unión Libre	N° de hijos	N° de dependientes	
Dirección exacta de su domicilio permanente: País Provincia Cantón Distrito			
Otras señas:			
Años de vivir ahí:	Tipo de Residencia: () Propia () Alquilada () De sus padres () Gratuita () Hipoteca () Compartida () Financiada por: Otro concepto:	Pago mensual por residencia	
¿Posee una dirección en los Estados Unidos (postal o In care)? SI () NO () ¿Cuál?			
Teléfono celular:		Teléfono de Residencia y fax:	
Correo electrónico autorizado para recibir información periódicamente:		Otro:	

B) INFORMACION LABORAL: Asalariado Profesional Independiente Independiente No Profesional

Nombre de la empresa	Nombre del puesto actual	La empresa es propia () Si () No	
Profesión u oficio	Tiempo que lleva en la empresa	Salario Actual:	
Actividad de la empresa:	Teléfono No. Ext:	Fax: e-mail	Apartado postal:
Dirección exacta de la empresa País Provincia Cantón Distrito			
Otras señas :			



**Formulario
Conozca a su cliente
Personas Físicas**

Versión: 05

Código:
7-FOR-057

Pág:
3/5

Fecha:
19/02/2015

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)
<input type="checkbox"/> Ahorro en otras entidades
<input type="checkbox"/> Otros Orígenes (Especifique)

F) ARTÍCULO 15 LEY 8204

Marque la casilla si se desempeña entre las actividades citadas en el artículo 15 de la Ley 8204:
<input type="checkbox"/> Administración de fideicomisos o de cualquier tipo de administración de recursos, efectuadas por personas físicas o jurídicas que no sea intermediarios financieros
<input type="checkbox"/> Aquellas que se dedican al envío de remesas de dinero de un país a otro
<input type="checkbox"/> Operaciones Sistemáticas o sustanciales de canje de dinero y transferencias, mediante instrumentos tales como cheques, giros bancarios, letras de cambio o similares
<input type="checkbox"/> Operaciones sistemáticas o sustanciales de emisión, venta, rescate o transferencia de cheques de viajero o giros postales
<input type="checkbox"/> Transferencias sistemáticas o sustanciales de fondos, realizadas por cualquier medio.

Si indica afirmativo, debe aportar copia de la inscripción otorgada por la SUGEF.


G) RAZÓN POR LA CUÁL ESTABLECE LA RELACIÓN COMERCIAL

Propósito de la operación a realizar
<input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Otras razones (Especifique)

H) PERSONAS EXPUESTAS POLÍTICAMENTE (PEP)

Usted o su cónyuge ocupan o han ocupado alguno de los siguientes cargos (En caso de personas extranjeras que ocupan o han ocupado alguno de los siguientes cargos u homólogos, favor marcar la opción correspondiente).

<input type="checkbox"/> Diputado	<input type="checkbox"/> Regulador general de la República
<input type="checkbox"/> Presidente o vicepresidente de la República	<input type="checkbox"/> Superintendente o Intendente de institución pública / servicios
<input type="checkbox"/> Ministro, con cartera o sin ella o funcionario nombrado con ese rango	<input type="checkbox"/> Contador Nacional
<input type="checkbox"/> Viceministro	<input type="checkbox"/> Tesorero Nacional
<input type="checkbox"/> Magistrado propietario / suplente del Poder Judicial o del Tribunal Supremo de Elecciones	<input type="checkbox"/> Oficial mayor de algún ministerio
<input type="checkbox"/> Contralor / Sub contralor General de la República	<input type="checkbox"/> Presidente ejecutivo
<input type="checkbox"/> Defensor / defensor adjunto de los habitantes	<input type="checkbox"/> Regidor propietario o suplente
<input type="checkbox"/> Procurador general/ el procurador general adjunto de la República	<input type="checkbox"/> Alcalde municipal/alcalde suplente o vicealcalde
<input type="checkbox"/> Fiscal general de la República	<input type="checkbox"/> Jefes de misión diplomáticas
<input type="checkbox"/> Rector/ Vicerrector	Periodo en el que ocupa (ó) el cargo:
	Inicio del periodo _____ -Fin del periodo _____

	Formulario Conozca a su cliente Personas Físicas	Versión: 05	Código: 7-FOR-057	Pág: 4/5
		Fecha: 19/02/2015		

A) REFERENCIAS COMERCIALES

Empresa	Teléfono	Contacto

I) DOCUMENTACION REQUERIDA


Asalariados	No Asalariados (Independientes)	No asalariados (sin registros de servicios con entidades financieras)
<input type="checkbox"/> Fotocopia legible del documento de identificación	<input type="checkbox"/> Fotocopia legible del documento de identificación	<input type="checkbox"/> Fotocopia legible del documento de identificación
<input type="checkbox"/> Constancia de Trabajo (mínimo 1 año de laborar para la misma empresa)	<input type="checkbox"/> Original Certificación de Ingresos brutos y netos de CPA (90 días de vigencia)	<input type="checkbox"/> Confirmación de ingresos proveniente de fuentes fidedignas(solo si cuenta con la misma)
<input type="checkbox"/> Orden patronal vigente	<input type="checkbox"/> Autorización del CIC	<input type="checkbox"/> Autorización del CIC
<input type="checkbox"/> Autorización del CIC	<input type="checkbox"/> Recibo de servicios públicos con la dirección exacta del domicilio	<input type="checkbox"/> Recibo de servicios públicos con la dirección exacta del domicilio
<input type="checkbox"/> Recibo de servicios públicos con la dirección exacta del domicilio		

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 Personas Físicas	Versión: 05	Código: 7-FOR-057	Pág: 5/5
		Fecha: 19/02/2015		

ESPACIO PARA USO INTERNO

I. VERIFICACIONES

<input type="checkbox"/> Documento de identidad confrontado contra el original	<input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> DIMEX <input type="checkbox"/> DIDI <input type="checkbox"/> Pasaporte
<input type="checkbox"/> Verificación de validez del documento de Identificación	Vence: Día _____ / Mes _____ / Año _____
<input type="checkbox"/> Verificación del domicilio contra (Indicar contra qué documentos se realizó la verificación)	<input type="checkbox"/> Recibo de servicios <input type="checkbox"/> Declaración Jurada emitida por el cliente <input type="checkbox"/> Bases de datos externas <input type="checkbox"/> Visita ¹ Responsable Fecha Hora
<input type="checkbox"/> Verificación de los números telefónicos (Indicar el medio utilizado para realizar la verificación)	
<input type="checkbox"/> Verificación del cliente	<input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Existente
	Actualización de información en sistema: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Verificación del Consentimiento Informado firmado por el cliente	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Validación de ingresos del cliente.	<input type="checkbox"/> Orden patronal vigente <input type="checkbox"/> Original Certificación de Ingresos brutos y netos de CPA (90 días de vigencia) <input type="checkbox"/> Constancia de ingresos por fuente fidedigna. <input type="checkbox"/> Validación en campo

II. CUMPLE CON LOS REQUISITOS Si No

III. DOCUMENTOS COMPLETOS Si No

Cliente tramitado por: _____ Firma _____ Fecha _____

Revisado por: _____ Firma _____ Fecha _____

OBSERVACIONES²

¹ En caso de que la verificación del domicilio sea por medio de visita se debe dejar constancia de la misma en el hoja de verificación, indicando, responsable, fecha y hora de la visita

² Puede realizarse en la parte posterior de la hoja.