



Formulario
Conozca a su Cliente Persona Física

Código:
7-FOR-057

Versión: 14

Pág: 1/4

Productos

Crédito Arrendamiento Certificado de Inversión Tarjeta de Crédito

A) INFORMACION DEL SOLICITANTE:

Nombre del Solicitante		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
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	País y Ciudad de Nacimiento	Nacionalidad		
¿Es usted ciudadano o residente estadounidense? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Es usted residente para efectos fiscales de otro (s) país (es)? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
En caso afirmativo indique su TIN de Estados Unidos:	País o jurisdicción:	TIN (número de identificación tributaria):	En caso de no revelar TIN indique el motivo: A. El país o jurisdicción no emite TIN B. No puede obtener el TIN o equivalente, por favor explique los motivos:	
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 fiscal de su domicilio permanente: País Provincia Cantón Distrito				
Otras señas:				
Código postal:				
Dirección postal (solo debe completarse en caso que sea diferente a la dirección anterior): País Provincia Cantón Distrito				
Otras señas: Código postal (Cuando aplique):				
<input type="checkbox"/> Quien suscribe el presente documento, declara bajo la fe de juramento solemne, con conocimiento de las penas con que el Ordenamiento Jurídico costarricense castiga el delito de perjurio, que la dirección indicada anteriormente como domicilio del suscrito, para efectos de cumplimiento de la legislación relacionada con la legitimación de capitales y el financiamiento al terrorismo, es actual, verdadera, inequívoca, cierta y demostrable.				
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	
¿Posee una dirección en los Estados Unidos (postal o In care)? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Cuál?				
Teléfono celular: Correo electrónico autorizado para recibir información periódicamente:		Teléfono de Residencia y fax: Otro:		
¿Realiza a título personal actividades comerciales de compra y venta de divisas? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En caso de que aplique debe presentar la autorización legal otorgada por el BCCR				



**Formulario
Conozca a su Cliente Persona Física**

Código:
7-FOR-057

Versión: 14

Pág: 2/4

B) INFORMACION LABORAL: Asalariado Profesional Independiente Independiente No Profesional

Nombre de la empresa		Nombre del puesto actual	La empresa es propia <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Profesión u oficio		Tiempo de laborar en la empresa	Actividad de la empresa:
Salario Actual:		Es generador de moneda extranjera <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Si es generador, indique qué porcentaje recibe en moneda extranjera: %
Teléfono	E-mail		Fax:
No. Ext:			Apartado postal:
Dirección exacta de la empresa			
País	Provincia	Cantón	Distrito
Otras señas:			

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: (Incluye abonos extraordinarios, cancelación anticipada y aportes para inversiones)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hasta \$1.000 | <input type="checkbox"/> De \$30.001 a \$50.000 |
| <input type="checkbox"/> De \$1.001 a \$5.000 | <input type="checkbox"/> De \$50.001 a \$100.000 |
| <input type="checkbox"/> De \$5.001 a \$10.000 | <input type="checkbox"/> Más de \$100.000 |
| <input type="checkbox"/> De \$10.001 a \$30.000 | |


E) ORIGEN DE LOS FONDOS

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

- Salario (Incluir salario bruto y neto)
- Pensión (Monto, fecha de inicio)
- Negocio Propio (ingreso mensual por negocio)
- Herencia (Nombre del fallecido, parentesco, monto)
- Ahorro en otras entidades
- Otros Orígenes (Especifique)

Monto otorgado como prima o depósito de garantía:

Por favor indique el detalle de origen de fondos con el cuál realizó el pago de la prima o depósito de garantía:

	Formulario Conozca a su Cliente Persona Física	Código: 7-FOR-057	Pág: 4/4
		Versión: 14	

J) REFERENCIAS COMERCIALES | PERSONALES

Empresa	Teléfono	Contacto

K) COMPROMISOS CREDITICIOS CON ENTIDADES NO REGULADAS*

Entidad	Tipo de préstamo	Monto total	Monto cuota	Vencimiento

*No aplica en captación.

Declaro bajo la fe de juramento solemne, con conocimiento de las penas con que el Ordenamiento Jurídico costarricense castiga el delito de perjurio, que toda la información proporcionada por el suscrito en el presente documento es exacta, correcta, inequívoca, verdadera y demostrable. 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). Con el fin de mantener actualizada la información, me comprometo a informar sobre las variaciones en los datos proporcionados. Entiendo que la información suministrada, está cubierta por las disposiciones y condiciones que rigen la relación del titular de la inversión / operación con Grupo Financiero Cafsa y por lo tanto Grupo Financiero Cafsa puede usar y trasladar la información a la Dirección General de Tributación. Autorizo a que la información contenida en este formulario y la información relativa al titular de la inversión / operación, así como cualquier cuenta(s) reportable(s) se traslade para la implementación del intercambio automático de información CRS en virtud del Acuerdo Multilateral de Autoridades Competentes. Certifico que soy la persona titular de la inversión/ operación. Me comprometo a informar a Grupo Financiero Cafsa, dentro de 30 días hábiles, si ocurre algún cambio en las circunstancias que afecte el estatus de residencia fiscal de mi persona o si ese cambio genera que la información contenida en el presente documento pueda convertirse en incorrecta o incompleta, en ese sentido me comprometo a proporcionar a Grupo Financiero Cafsa la actualización de esta Auto certificación y Declaración en un plazo de 30 días hábiles posteriores a que ocurra el cambio en las circunstancias mencionadas.

Firma del Cliente _____

Fecha:

Firma conforme con lo anterior