

POLÍTICA CONOZCA A SU CLIENTE PERSONA FÍSICA

A. DATOS GENERALES

Código Médico: _____ Código Cliente: _____ Calificación de Riesgo: _____

Primero Apellido: _____ Segundo Apellido: _____ Nombre: _____

Identificación: _____ Tipo identificación: _____

Fecha de nacimiento: _____ Lugar de Nacimiento: _____ Fecha de Caducidad: _____

Género: F M Estado Civil: _____ País de Nacimiento: _____

Nacionalidad: _____ Correo Electrónico: _____

Provincia: _____ Cantón: _____ Distrito: _____

Otras señas: _____

Teléfono habitación: _____ Teléfono móvil: _____

Medio que utilizó para verificar la dirección: _____

Deducción para aplicar Capital Social: Planilla Cargos Automáticos Pago por Ventanilla

B. DATOS DE LA EMPRESA O LUGAR EN QUE GENERA SUS INGRESOS

Lugar Trabajo: _____ Especialidad: _____ Tel. trabajo: _____

Dirección exacta donde labora: _____

Profesión u Oficio: _____ Profesión u Oficio: _____ Puesto actual: _____

Condición Laboral: _____ Fecha de ingreso: _____ Otros Ingresos: _____

Ingresos mensuales Bruto: _____ Ingresos mensuales Neto: _____ Egresos mensuales: _____

Medio que utilizó para verificar la dirección: _____

C. DATOS DE FUENTE U ORIGEN DE LOS FONDOS

Asalariados: ₡ _____ Trabajador independiente: ₡ _____

Inversiones: ₡ _____ No genera ingresos: ₡ _____

Pensionado: ₡ _____ (estudiante, ama de casa o dependiente)

Ahorro en otras entidades: ₡ _____ Otros Ingresos ₡ _____

D. PERFIL TRANSACCIONAL (Productos y Servicios que desea utilizar en Coopemédicos)

Cuenta Cardio Fondo ₡ _____ Plan de Ahorro Neuro-Marchamo ₡ _____

Master Card - Débito ₡ _____ Plan de Ahorro Respiro Navideño ₡ _____

Master Card - Crédito ₡ _____ Ahorro Cardio Vacacional ₡ _____

Inversiones Mayor o igual a \$10,000⁰⁰ ₡ _____ Ahorro Hiper Inversión ₡ _____

Plan de Ahorro Cardio Fondo a la Vista ₡ _____ Ahorro a Plazo ₡ _____

Plan de Ahorro Pediahorro ₡ _____

- | | | | |
|--|---------|---|---------|
| <input type="radio"/> Seguro Vehicular Qualitas | ₡ _____ | <input type="radio"/> Seguro Vivienda Oceánica | ₡ _____ |
| <input type="radio"/> Seguro Equipo Electrónico Oceánica | ₡ _____ | <input type="radio"/> Seguro Vida Platinum ADISA | ₡ _____ |
| <input type="radio"/> Seguro Renta Alimenticia ADISA | ₡ _____ | <input type="radio"/> Seguro Robo y Fraude ASSA, Tarjetahabientes | ₡ _____ |
| <input type="radio"/> Seguro Viajero INS | ₡ _____ | <input type="radio"/> Seguro Estudiantil INS | ₡ _____ |
| <input type="radio"/> Valor Agregado Mala Praxis MV | ₡ _____ | <input type="radio"/> Accidentes Personales MV | ₡ _____ |
| <input type="radio"/> Mala Praxis Excesos Oceánica | ₡ _____ | <input type="radio"/> Médicas Visitas Adicionales y Polini | ₡ _____ |

C. ARTÍCULO 15

Marque la casilla si se desempeña entre las actividades citadas en el artículo 15 de la Ley 8204: Sí No

¿Cliente presentó la inscripción ante SUGEF? Sí No

- Administración de fideicomisos o de cualquier tipo de administración de recursos, efectuada por personas físicas o jurídicas, que no sean intermediarios financieros.
- Aquellas que se dediquen al envío de remesas de dinero de un país a otro.
- Operaciones sistemáticas o sustanciales de canje de dinero y transferencias, mediante instrumentos tales como cheques, giros bancarios, letras de cambio o similares.
- Operaciones sistemáticas o sustanciales de emisión, venta, rescate o transferencia de cheques de viajero o giros postales.
- Transferencias sistemáticas o sustanciales de fondos, realizadas por cualquier medio.

Si indica afirmativo, presentar el documento de inscripción ante la SUGEF, o en su defecto, la carta de solicitud de inscripción.

ACTIVIDADES DE INTERÉS

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Loterías, Bingos y otros juegos de azar. | <input type="radio"/> Casas de Empeño |
| <input type="radio"/> Casinos. | <input type="radio"/> Salas de juego no calificadas como casinos. |
| <input type="radio"/> Servicios Profesional: Consultores, Bufetes de abogados, asesorías de Inversión. | <input type="radio"/> Comercialización y distribución de medicamenúnicamentetos mediante Internet. |
| <input type="radio"/> Servicios Financieros: Casa de cambio. | <input type="radio"/> Sportbooks (casinos y apuestas por Internet). |
| <input type="radio"/> Fideicomisos. | <input type="radio"/> Casas de divisas y transmisores de dinero. |
| <input type="radio"/> Comercialización de Obras de Arte. | <input type="radio"/> Puestos o cambistas de cheques. |
| <input type="radio"/> Comercialización de Joyas y Metales Preciosos. | <input type="radio"/> Distribuidores de partes de máquinas de manufactura, repuestos y autos usados. |
| <input type="radio"/> Agentes de Bienes Raíces. | <input type="radio"/> Corporaciones offshore y entidades localizadas en paraísos fiscales o de secreto bancario. |
| <input type="radio"/> Agencia de viajes. | <input type="radio"/> Actividades sin fines de Lucro. |
| <input type="radio"/> Ventas de Autos Nuevos y Usados. | |



COOPMÉDICOS

D. APLICAR LA LEY DE FATCA Y/O CRS

¿Qué es FATCA? Por sus siglas en inglés (Foreign Account Tax Compliance Act), es una Ley de cumplimiento de cuentas extranjeras, la cual es aplicable a ciudadanos y/o responsables fiscales de los Estados Unidos de América y tiene como fin evitar la evasión fiscal a través de un control a las operaciones internacionales.

¿Qué es CRS?

Por sus siglas en inglés (Common Reporting Standard). Es una Ley global para el intercambio automático de información de cuentas financieras, aplicable a las personas con obligaciones tributarias en otros países diferentes a Colombia y EE.UU. de conformidad con el estándar de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) la cual busca evitar la evasión fiscal por medio de un mayor control a las operaciones internacionales.

Indique si usted como titular de la cuenta, Representante de la empresa o si algún autorizado o accionista, tiene la nacionalidad de los Estados Unidos, u otro país diferente a Costa Rica o es contribuyente del impuesto de renta de los Estados Unidos o de otro país diferente a Costa Rica.

No Sí , o Nacionalidad otro país No Sí

Indique quien: () Titular o Representante. () Autorizados. () Accionista de Empresa.

D. BENEFICIARIOS

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO	PORCENTAJE

E. PERSONAS EXPUESTAS POLITICAMENTE (PEPS)

Persona que manifiesta desempeña o haber desempeñado en los últimos 12 meses un cargo que implique funciones políticas destacadas en el país o en el extranjero (puede ser el titular o algún pariente) ¿El titular o algún pariente es una Persona Políticamente Expuesta? Sí No

Especifique: _____

Este formulario se debe llenar una única vez por el cliente y se debe actualizar cada vez que se tenga conocimiento de algún cambio importante en la información del cliente.*

En cumplimiento con la legislación nacional y normativa vigente del ente regulador SUGEF, declaro que este formulario ha sido completado por mi y/o en mi presencia y que la información provista del mismo es fiel y verdadera. Por lo tanto acepto que cualquier omisión o falsedad de la información contenida en este documento causaría la cancelación de esta solicitud. *Autorizo a Coopemédicos R.L. a verificar por otros medios la información proporcionada, y declaro que mis ingresos provienen de actividades lícitas

Firma del cliente

Fecha

Colaborador que realiza
la afiliación

G. DATOS DEL COLABORADOR DE COOPMÉDICOS

Sello y firma del Colaborador:

Fecha de ingreso en el sistema:

Aceptación de la Oficialía
de Cumplimiento:

En caso de rechazada,
indicar N° sesion y fecha:

Medio que utilizó para verificar la dirección: _____