



FORMULARIO CONOZCA A SU CLIENTE

Código: CUM-Pr-07-01-Fo-01

Verisión: 02

Este formulario tiene por objetivo conocer de forma adecuada a las personas asociadas en el momento de su afiliación y apoyar el debido cumplimiento de la ley 8204 (ley sobre estupefacientes, sustancias psicotrópicas, drogas de uso no autorizado, actividades conexas, legitimación de capitales y financiamiento al terrorismo), del reglamento a la ley 8204 y del acuerdo sugef 12-10 normativa para el cumplimiento de la ley 8204.

INFORMACIÓN PERSONAL

1er Apellido:		2do Apellido:		Nombre:	
Identificación:		Vencimiento:	/ /	Tipo de identificación:	Nacional ☐ Residente ☐ Extranjero ☐
País de Nacimiento:		Nacionalidad:		Género:	
Estado Civil:		Nº. de Hijos /as		Nº. de Dependientes:	
Tel. Domicilio:		Tel. Celular:		Correo Electrónico:	
Apartado Postal:		Provincia:		Cantón:	
Dirección Exacta:					

DATOS DEL CÓNYUGE

1er Apellido:		2do Apellido:		Nombre:	
Identificación:		Nacionalidad:		Ocupación:	
Lugar Trabajo:		Teléfono:		Correo Electrónico:	

DATOS LABORALES

Profesión:		Ocupación:		Departamento:	
Puesto Actual:		Fecha Ingreso:	/ /	Teléfono:	
Condición Laboral:	Propiedad: ☐ Interno: ☐ Diputado(a): ☐	Salario Bruto:		Salario Neto:	

OTROS INGRESOS

Tipo de Actividad Económica:		Nombre de la Empresa o Negocio:	
Dirección Exacta:			
Teléfono:		Ingreso Bruto:	
		Ingreso Neto:	

INFORMACIÓN ECONÓMICA

Propósito de la Afiliación:	Ahorro ☐ Crédito: ☐ Inversiones: ☐ Convenios: ☐	Vehículo Propio:	Si ☐ No ☐
Casa Propia:	Si ☐ No ☐	Otras Propiedades:	Si ☐ No ☐
¿Administra Usted dinero de otras personas?	Si ☐ No ☐	Nombre de la persona:	
Origen de los recursos:			
¿Obtiene Usted ganancias?	Si ☐ No ☐	Medio de pago de la ganancia:	
*Monto promedio a transar:			
¿Es Ud una persona expuesta políticamente o tiene parentesco con alguna de ellas?	Si ☐ No ☐		
Nombre de la persona (PEP):		Puesto:	
		Tipo de Relación:	

NOTA: * Para Rangos Promedios superiores a ¢800.000 CRC deberá aportar documento que respalde el origen de los fondos: (orden patronal, constancia salarial y certificación de ingresos)

INFORMACIÓN PARA DEPÓSITOS:

Nº. Cuenta Cliente:		Nº. Cuenta Corriente:	
Banco:		Moneda:	
Titular de la cuenta:		Identificación:	

EN CASO DE FALLECIMIENTO DESIGNO COMO PERSONAS BENEFICIARIAS DE MIS AHORROS, PÓLIZAS SUSCRITAS, CAPITAL SOCIAL Y FONDO DE AYUDA MUTUALIDAD A:**(En caso de tratarse de menores de edad, indicar datos del Albacea)**

Nombre y Apellidos de la Persona Beneficiada:			
Porcentaje Beneficiario:	%	Nº de Identificación:	Parentesco:
Nombre y Apellidos de la Persona Beneficiada:			
Porcentaje Beneficiario:	%	Nº de Identificación:	Parentesco:
Nombre y Apellidos de la Persona Beneficiada:			
Porcentaje Beneficiario:	%	Nº de Identificación:	Parentesco:
Nombre y Apellidos de la Persona Beneficiada:			
Porcentaje Beneficiario:	%	Nº de Identificación:	Parentesco:
Nombre y Apellidos de la Persona Beneficiada:			
Porcentaje Beneficiario:	%	Nº de Identificación:	Parentesco:

TÉRMINOS Y CONDICIONES

1	Me comprometo a aportar mensualmente la suma establecida por la Asamblea General correspondiente a la cuota de capital social, póliza de vida, cuota de mantenimiento del Centro de Recreo, así como honrar todas las obligaciones que adquiera con la cooperativa.
2	En el caso de renuncia como asociado (a), autorizo a aplicar las cuotas acumuladas en el capital social a las deudas existentes con la cooperativa, según las disposiciones legales, estatutarias y reglamentarias.
3	Acepto la verificación de la información proporcionada por los medios que estimen pertinentes.
4	Acepto recibir información por los medios que la cooperativa estime pertinentes, incluso mensajes de texto a mi celular.

EN FE DE LO ANTERIOR DECLARO QUE:

1	El presente documento lo he completado y que la información provista es fiel y verdadera, por tanto acepto que cualquier omisión o falsedad en la información causaría la cancelación de esta solicitud, sin perjuicio de las responsabilidades penales y civiles que se puedan generar.
2	Que mis fondos no provienen de actividades ilícitas y mis operaciones son propias del giro de mis empresas y ocupaciones laborales.
Firma y Cédula del interesado o interesada Firma Recibido COOPEASAMBLEA, RL / / Fecha de Recibido COOPEASAMBLEA, RL.	

ESPACIO SOLO PARA USO DE COOPEASAMBLEA, R.L.

Documentos adjuntos:	Copia de identificación personal: ☐	Boleta INS Saldos Deudores: ☐	Boleta INS Póliza de Vida: ☐	Cero Riesgos: ☐
Colaborador que realiza admisión:				
Revisado por:	Acceptada: ☐	Rechazada: ☐	Fecha de Sesión:	/ /
Nº de Asociado:	Nº de Sesión:			