

Este formulario tiene por objetivo conocer de forma adecuada a las personas asociadas en el momento de su vinculación y el debido cumplimiento de la Ley 7786 y al Acuerdo SUGEF 12-21 (Reglamento para la prevención del riesgo de legitimación de capitales, financiamiento al terrorismo y financiamiento de la proliferación de armas de destrucción masiva, aplicable a la Cooperativa obligados por el artículo 14 de la Ley 7786).

INFORMACIÓN PERSONAL											
1er Apellido:				2do Apellido:				Nombre:			
Identificación:				Vencimiento:			Tipo de identificación:	Nacional <input type="checkbox"/>	Residente <input type="checkbox"/>	Extranjero <input type="checkbox"/>	
F. Nacimiento:			País Nacimiento:				Nacionalidad:			Género:	
Estado Civil:				Nº Hijos /as				Nº. de Dependientes:			
Tel. Domicilio:			Tel. Celular:				Correo Electrónico:				
Apartado Postal:				Provincia:			Cantón:			Distrito:	
Dirección Exacta:											
DATOS DEL CÓNYUGE											
1er Apellido:				2do Apellido:				Nombre:			
Identificación:				Nacionalidad:				Ocupación:			
Lugar Trabajo:				Teléfono:			Correo Electrónico:				
DATOS LABORALES											
Profesión / Oficio:							Departamento:				
Puesto Actual:				Fecha Ingreso:			Teléfono:			Extensión:	
Condición Laboral:	Propiedad: <input type="checkbox"/>	Interino: <input type="checkbox"/>	Diputado(a): <input type="checkbox"/>	Exfuncionario <input type="checkbox"/>	Salario Bruto:			Salario Neto:			
INGRESOS PROPIOS O ADICIONALES											
Tipo de Actividad Económica:				Nombre de la Empresa o Negocio:							
Dirección Exacta:											
Teléfono:				Ingreso Bruto:				Ingreso Neto:			
INFORMACIÓN ECONÓMICA											
ORIGEN DE FONDOS EN COSTA RICA											
<input type="checkbox"/> Ingresos de negocio propio con razón social <input type="checkbox"/> Asalariado <input type="checkbox"/> Otros ingresos <input type="checkbox"/> Actividad lucrativa desarrollada a título personal <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Otras pensiones <input type="checkbox"/> Ingresos extraordinarios <input type="checkbox"/> Persona que no realiza actividad económica											
ORIGEN DE FONDOS EN EL EXTRANJERO											
<input type="checkbox"/> Actividad lucrativa desarrollada a título personal <input type="checkbox"/> Asalariado <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Otros ingresos <input type="checkbox"/> Persona que no realiza actividad económica <input type="checkbox"/> Ingresos extraordinarios <input type="checkbox"/> Ingresos de negocio propio											
¿Es Usted o tiene relación cercana con un PEP's? (Persona Públicamente Expuesta)							<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
Nombre de la persona:				Puesto que ocupa u ocupó				Tipo de relación:			
DATOS PATRIMONIALES											
Habita en casa:	<input type="checkbox"/> Propia con hipoteca <input type="checkbox"/> Propia sin hipoteca <input type="checkbox"/> Alquilada <input type="checkbox"/> Otros (indicar):										
Tiene vehículo propio:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Año:			Tiene otras propiedades a su nombre:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		De que tipo:		
INFORMACIÓN ADICIONAL											
Nº de Cuenta IBAN para depósitos:							Titular de cuenta:				
Banco:				Moneda:	<input type="checkbox"/> Colones <input type="checkbox"/> Dólares						

BENEFICIARIOS (En caso de tratarse de menores de edad, indicar datos del albacea).

En caso de fallecimiento designo como beneficiarios de mis ahorros y póliza de saldos deudores a las siguientes personas:

Nombre Completo:	Parentesco:	Nº. Identificación:	Porcentaje de beneficio:

INFORMACIÓN DEL ALBACEA (En caso de tratarse de menores de edad, indicar datos del albacea).

Nombre Completo:			
Nº. Identificación:	Parentesco:	Teléfono:	
Provincia:	Cantón:	Distrito:	
Dirección Exacta:			

ACUERDO SUGEF 11-18, ARTÍCULO 15 Y 15 BIS DE LA LEY 7786

Es usted artículo 15 y 15 bis LEY 7786:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es positiva, detallar actividad que desempeña:	
---	---	--	--

Personas físicas y jurídicas que desarrollan alguna de las actividades del artículo 15 y 15 bis debe estar inscritos en la SUGEF.

DATOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA LEY FATCA

SI USTED RESIDE EN UN PAÍS DISTINTO A COSTA RICA, FAVOR COMPLETAR LOS SIGUIENTES DATOS:

Además de la dirección indicada en la información personal ¿Posee alguna dirección fuera de Costa Rica? Sí No

País:	Estado:	Ciudad:	Código Postal:

TÉRMINOS Y CONDICIONES

01. Me comprometo a aportar mensualmente la suma correspondiente a la cuota de Capital Social, así como honrar todas las obligaciones que adquiriera con la cooperativa.
02. En el caso de renuncia como asociado, autorizo a aplicar las cuotas acumuladas en el Capital Social, a las deudas existentes con la Cooperativa, según las disposiciones legales, estatutarias y reglamentarias.
03. Acepto la verificación de la información proporcionada a través de las protectoras de crédito a las que COOPEASAMBLEA está afiliada.
04. 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 prevista en el mismo 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.
3. Queda a criterio de la Cooperativa dar por aceptada esta solicitud de ingreso, según lo establecido en los reglamentos internos.

Firma:		Cédula:	
--------	--	---------	--

SOLO PARA USO DE COOPEASAMBLEA, R.L.

Nombre del funcionario que realiza la afiliación:		Firma:	
Fecha de ingreso al sistema:		Digitado por:	
Revisado por:		Fecha de revisión:	

DOCUMENTOS ADJUNTOS Copia de la cédula de identidad Si es extranjero DIMEX Consentimiento informado Ley de Protección de datos de la persona
 Coletilla de pago / orden patronal / Constancia de salario/ Certificación ingresos/ Certificación de pensión

EL CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN HA CONOCIDO ESTA SOLICITUD Y ACUERDA:

<input type="checkbox"/> Aceptada	<input type="checkbox"/> Rechazada	Nº. Sesión:		Fecha de la sesión:	
Firma Consejo:					