

## A. DATOS GENERALES

Primer apellido: \_\_\_\_\_ Segundo apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Número de Identificación: \_\_\_\_\_ Tipo Identificación:  Cédula  Pasaporte  Cédula Residencia

Otro. Especifique: \_\_\_\_\_ Fecha de Caducidad: Día \_\_\_\_\_ / Mes \_\_\_\_\_ / Año \_\_\_\_\_ Sexo:  F  M

Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Posee doble nacionalidad:  No  Si Cúal: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: Día \_\_\_\_\_ / Mes \_\_\_\_\_ / Año \_\_\_\_\_ País de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Profesión: \_\_\_\_\_

Estado Civil:  Soltero  Casado  Separado  Viudo  Divorciado  Unión Libre Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Tel. Residencia: \_\_\_\_\_ Tel. Celular: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Apdo. Postal \_\_\_\_\_

Domicilio Permanente: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Cantón: \_\_\_\_\_

Distrito: \_\_\_\_\_ Dirección exacta (Otras Señas): \_\_\_\_\_

## B. OCUPACION O ACTIVIDAD ACTUAL

Asalariado  Trabajador independiente. Indique la naturaleza del negocio: \_\_\_\_\_

No generador de ingresos (Ama de Casa, Dependiente, Pensionado etc.). Detalle: \_\_\_\_\_

## C. DATOS DE LA EMPRESA (ASALARIADO: PATRONO / TRABAJADOR INDEPENDIENTE: LUGAR EN QUE GENERA SUS INGRESOS)

Nombre de la Empresa o Negocio: \_\_\_\_\_ Actividad de la Empresa o Negocio: \_\_\_\_\_

Cargo que desempeña: \_\_\_\_\_ Tel. Celular: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Domicilio Comercial: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Cantón: \_\_\_\_\_

Distrito: \_\_\_\_\_ Dirección exacta: \_\_\_\_\_

## D. ORIGEN DE LOS FONDOS PARA PAGO DE LA PÓLIZA

Origen de los Fondos: (¿De dónde provienen y en que forma?) \_\_\_\_\_

¿En qué país desarrolla la mayoría de sus actividades económicas? \_\_\_\_\_ Ingreso mensual estimado: \_\_\_\_\_

¿Se desempeña entre las actividades citadas en el Artículo 15 de la Ley 8204 (manejo de fondos de terceros físicos o jurídicos)?  Si  No

En caso afirmativo, aportar inscripción emitida por SUGEF

## E. PERSONAS EXPUESTAS POLITICAMENTE (PEPs)

Manifiesta desempeñar o haber desempeñado algún cargo que implique funciones públicas destacadas en el país o en el extranjero  Si  No

En caso afirmativo, indique el período durante el cual desempeñó dichas funciones: \_\_\_\_\_

Manifiesta tener relación directa (primer grado de consanguinidad) con una persona expuesta políticamente (PEP).  Si  No

Detalle el tipo de relación: \_\_\_\_\_

## F. DECLARACIÓN JURADA

Para efectos del presente contrato declaro expresamente lo siguiente: 1.Tanto mi actividad, como profesión u oficio, son lícitos y los ejerzo dentro de los marcos legales. 2.Los dineros con los que adquirí los bienes relacionados y los utilizados para pagar la prima del presente contrato no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en la legislación costarricense. 3.Las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verídicas en la forma que aparecen descritas; por lo tanto, la falsedad, omisión o error en ellas, tendrán las consecuencias estipuladas por la ley. 4.Me obligo con la compañía a mantener actualizada la información suministrada, de acuerdo con los procedimientos que para tal efecto tenga dispuesta la compañía. 5.Autorizo a **ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**, en forma expresa, para reportar, procesar, solicitar, suministrar o divulgar, únicamente a las entidades legalmente autorizadas, de conformidad con la Ley 8204, todo lo relativo a mi información. 6. Acepto que el domicilio indicado en este documento es el correcto y exacto. En caso de cualquier variación en el domicilio indicado será mi obligación irrevocable e ineludible notificar por escrito a la ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. de cualquier cambio de domicilio. De lo contrario, la dirección indicada en este documento se tendrá como válida, real y cierta.

## G. FIRMAS

Firma del Cliente

Fecha

Nombre y Firma del Asesor

### PARA USO INTERNO DE ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS - DATOS DEL PRODUCTO -

Tipo de seguro	Monto Prima Anual	Valor del bien Asegurado
Frecuencia de las transacciones	Medio de Pago	
<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Cuatrimestral <input type="checkbox"/> Bimensual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> Transferencia vía SINPE <input type="checkbox"/> Cargo automático a tarjeta de débito o crédito <input type="checkbox"/> Dedución salarial (convenio con empresa)	<input type="checkbox"/> Depósito en cuentas de aseguradora o transferencia <input type="checkbox"/> Efectivo <input type="checkbox"/> Pago por terceros o de cuentas de terceros <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Transferencia electrónica desde el extranjero
FE DE ERRATAS		Firma del Colaborador