

Formulario Conozca a su Cliente

Persona Física

- Notas:
1.

El presente formulario debe ser llenado también a la persona que no siendo el titular de la cuenta, le da sustento económico o recibe regularmente los beneficios del producto.
2.

Para los representantes legales y las personas autorizadas en la cuenta, como mínimo se debe solicitar copia del documento de identidad vigente, y detallar el nombre completo, nacionalidad, fecha y lugar de nacimiento, profesión y ocupación, domicilio. Asimismo para los beneficiarios, se debe solicitar el tipo y número del documento de identidad, el nombre completo, nacionalidad, domicilio, y el tipo de relación con el titular, sea este de parentesco, comercial, laboral, entre otros.

A. ANTECEDENTES PERSONALES

Nombre	Primer y segundo apellido		Conocido como
Tipo de identificación	Número de identificación	Fecha de vencimiento	Fecha de nacimiento
Género	Estado civil	País de nacimiento	Nacionalidad
Profesión	Lugar de nacimiento	Correo electrónico	¿Desea recibir notificaciones por medio del correo?

B. OTRAS IDENTIFICACIONES

Tipo de identificación	Número de identificación	Fecha de vencimiento
Tipo de identificación	Número de identificación	Fecha de vencimiento

C. DATOS DE DOMICILIO (S) EN COSTA RICA

Tipo de domicilio	País	Provincia	Cantón
Distrito	Otras señas específicas (detalle)		
Tipo de domicilio	País	Provincia	Cantón
Distrito	Otras señas específicas (detalle)		
Código país - teléfono(s)	Tipo de número de teléfono	¿Desea recibir notificaciones por este?	Indicador de whatsapp
Código país - teléfono(s)	Tipo de número de teléfono	¿Desea recibir notificaciones por este?	Indicador de whatsapp
Código país - teléfono(s)	Tipo de número de teléfono	¿Desea recibir notificaciones por este?	Indicador de whatsapp

D. DATOS DEL DOMICILIO FUERA DE COSTA RICA (EN CASO DE TENERLO)

País	Otras señas específicas (detalle)		Tipo
Código país - teléfono(s)	Tipo de número de teléfono	¿Desea recibir notificaciones por teléfono?	Indicador de whatsapp

E.1 ORIGEN DE FONDOS EN COSTA RICA

Origen de los fondos de los aportes ordinarios mensuales (en Costa Rica)

Complete la opción u opciones que correspondan al origen de los fondos

ASALARIADO

Número ID patrono	Nombre patrono	Moneda	Monto ingreso mensual	Fecha ingreso
-------------------	----------------	--------	-----------------------	---------------

PENSIONADO

Tipo de régimen Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM)	Fecha de pensionado	Moneda	Monto ingreso mensual
--	---------------------	--------	-----------------------

NEGOCIO PROPIO CON RAZÓN SOCIAL

Número de identificación	Razón social	Nombre comercial	Tipo de ingreso	Moneda
Monto ingreso mensual	Correo electrónico	Número de teléfono		

INGRESOS APORTADOS POR TERCEROS

Tipo de persona	Tipo de identificación	Núm. de identificación	Razón social	Relación
Justificación de ingreso	Descripción de ingreso	Moneda	Monto ingreso mensual	

ACTIVIDAD LUCRATIVA DESARROLLADA A TÍTULO PERSONAL

Actividad económica	Moneda	Monto ingreso mensual
---------------------	--------	-----------------------

INGRESOS EXTRAORDINARIOS

Evento extraordinario	Fecha recibido	Moneda	Monto extraordinario	Detalle
-----------------------	----------------	--------	----------------------	---------

OTRAS PENSIONES

Tipo de régimen	Entidad	Fecha de pensionado	Moneda	Monto ingreso mensual
-----------------	---------	---------------------	--------	-----------------------

E.2 ORIGEN DE FONDOS FUERA DE COSTA RICA

País _____

ASALARIADO

Tipo de persona	Tipo de identificación	ID de patrono	Nombre del patrono	Monto ingreso mensual
_____	_____	_____	_____	_____
Fecha inicio de labores	Descripción actividad económica			
_____	_____			

PENSIONADO

Entidad que emite pensión	Fecha de pensionado	Monto del ingreso mensual
_____	_____	_____

NEGOCIO PROPIO

Tipo de identificación	Núm. de identificación	Nombre	Actividad económica
_____	_____	_____	_____
Tipo de ingreso	Monto ingreso mensual	Correo electrónico	
_____	_____	_____	

INGRESOS APORTADOS POR TERCEROS

Tipo de persona	Tipo de identificación	Núm. de identificación	Razón social	Relación
_____	_____	_____	_____	_____
Otra relación	Justificación de ingreso	Descripción de ingreso	Moneda	Monto ingreso mensual
_____	_____	_____	_____	_____

ACTIVIDAD ECONÓMICA

Actividad económica	Moneda	Monto ingreso mensual
_____	_____	_____

INGRESOS EXTRAORDINARIOS

Evento extraordinario	Fecha recibido	Monto extraordinario	Detalle
_____	_____	_____	_____

INGRESO POR ACTIVIDADES NO REPORTADAS

Descripción de actividad	Monto de ingreso mensual	Detalle
_____	_____	_____

F. DATOS ADICIONALES

F.1 Personas que realizan actividades descritas en los Artículos 15 y 15 bis de la Ley 8204

Es sujeto obligado a inscripción ante la SUGEF, según los artículos 15 y 15 bis de la Ley 8204:

☐ No

☐ Si

*Referido a las personas físicas o jurídicas que desempeñen actividades, tales como: administración recursos de terceros, fideicomisos, remesas de dinero de un país a otro, emisores de tarjetas de crédito, casa de cambio, casinos, compra y venta de bienes inmuebles, comercio de metales y piedras preciosas, abogados, notarios, contadores, facilidades crediticias, casas de empeño, y otras actividades establecidas por ley.

F.2 Personas Expuestas Políticamente (PEP) según Artículo 22 del Reglamento General de la Ley 8204

¿Es usted una persona que figura o figuró políticamente?

☐ No

☐ Si

¿Es su cónyugue una persona que figura o figuró políticamente?

☐ No

☐ Si

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	Identificación

F.3 Declaración para el Intercambio Automático de Información en cumplimiento al Estándar Común de Reporte (CRS, por sus siglas en inglés)

(Si el titular de la cuenta es residente en más de 2 países por favor utilice una hoja adicional)

¿Es contribuyente tributario de otro país diferente a Costa Rica y Estados Unidos?

☐ No

☐ Si

*En caso de haber contestado "Sí". Por favor indicar lo siguiente:

País de Contribuyente Tributario		Número de Contribuyente Tributario (TIN) o equivalente funcional
1		
2		
3		

Si marcó "Sí" en la sección anterior y no posee el Número de Contribuyente Tributario TIN, indique el motivo:

Motivo de no obtener el TIN (Marque solo 1 opción):

- ☐ A. País no emite TIN
- ☐ B. El titular de la cuenta no puede obtener el TIN (aplica únicamente en el proceso de actualización de datos)

Si marcó la opción B. indique los motivos por los que no se puede obtener el TIN

País 1:	
País 2:	
País 3:	

El Conglomerado Financiero Banco Popular se encuentra obligado a recolectar y procesar la información fiscal de los clientes, con base en las disposiciones del Acuerdo Multilateral de Autoridades Competentes, en particular en cumplimiento con el Estándar Común de Reporte de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), y el Acuerdo Intergubernamental Modelo 1 para el cumplimiento de la Ley FATCA.

Autorizo al Conglomerado Financiero Banco Popular a usar, almacenar y trasladar la información contenida en este formulario y los datos relativos al titular de la cuenta así como cualquier cuenta(s) reportable(s), a la Dirección General de Tributación, del Ministerio de Hacienda de Costa Rica.

Manifiesto que soy la persona titular de la cuenta (o estoy autorizado a firmar en nombre de la persona titular de la cuenta), de toda(s) la(s) cuenta(s) en poder del titular de la cuenta a la que se refiere este formulario y que todo lo indicado en este formulario es completo y correcto.

Me comprometo a informar al Conglomerado Financiero Banco Popular dentro de 30 días hábiles, si ocurre algún cambio en las circunstancias que afecte el estatus de residencia fiscal de la persona identificada en este formulario 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 al Conglomerado Financiero Banco Popular la actualización de esta Autocertificación y Declaración en un plazo de 30 días hábiles posteriores a que ocurra el cambio en las circunstancias mencionadas.

Nota: Si usted no es el titular de la cuenta, por favor indique la calidad bajo la cual está actuando y adjuntar copia certificada del poder.

Calidad: _____

Brinda sustento económico a un plan(es) voluntario(s) de otra(s) persona(s) ☐ No ☐ Si

*En caso de haber contestado "Si". Por favor indicar lo siguiente:

N° de identificación		Nombre completo	Tipo de relación con el titular del plan voluntario (parentesco, comercial, laboral, entre otros)	Monto del aporte mensual
1				
2				

En virtud de lo señalado por el REGLAMENTO DEL CENTRO DE INFORMACIÓN CONOZCA A SU CLIENTE, autorizo a Popular Pensiones para que consulte, actualice y descargue mi información, accediendo al expediente del CICAC y para que transfiera mis datos contenidos en el CICAC a sus bases de datos, en función de las obligaciones dispuestas en el marco jurídico sobre la prevención de Legitimación de Capitales, Financiamiento al terrorismo y a la proliferación de armas de destrucción masiva, se entiende que esta autorización aplica siempre y cuando se mantenga vigente la relación comercial.

Autorizo ☐ No ☐ Si

Si marca no, indicar el motivo:

- ☐ No deseo brindar mi información al CICAC
- ☐ Las políticas internas de mi representada no lo permiten
- ☐ Por confidencialidad de la información

Declaro que los datos aquí consignados son verdaderos, autorizo a todos los entes que integran el Conglomerado Financiero Banco Popular y de Desarrollo Comunal para que lo verifiquen, y acepto que cualquier omisión o falsedad en la información contenida en este documento causaría la negación de los productos o servicios solicitados.

Asimismo, que de conformidad con la "LEY DE PROTECCIÓN DE LA PERSONA FRENTE AL TRATAMIENTO DE SUS DATOS PERSONALES", número 8968, publicado en el Diario Oficial La Gaceta No. 170 del 6 setiembre del 2011, en adelante dominado "EL CLIENTE", declaro conocer que POPULAR PENSIONES S.A, en adelante POPULAR PENSIONES, posee una BASE DE DATOS de sus clientes con fines exclusivamente internos, por lo que autorizo expresamente a POPULAR PENSIONES a lo siguiente:

- 1-. Acceder, tratar, utilizar, revisar, recopilar, almacenar, copiar, retener, ceder, transferir, transmitir, trasladar, adquirir y compartir información relativa a sus datos personales y la relativa a los datos de uso restringido que suministre o haya suministrado con anterioridad a la promulgación de esta ley, al Conglomerado Financiero Banco Popular y de Desarrollo Comunal y sus Subsidiarias.
- 2-. Utilizar los datos que la Operadora obtenga como consecuencia de su navegación por las páginas web de Internet, de la consulta, solicitud o contratación de cualquier servicio o producto o de cualquier transacción u operación realizada por el afiliado, o información de entidades terceras con las que cualquier empresa del Conglomerado Financiero Banco Popular haya suscrito de manera directa o indirecta, acuerdos de colaboración, crédito o corresponsalía, independientemente de la empresa para la cual haya brindado sus datos personales.
- 3-. Compartir cualquier clase de información y / o documentación solamente entre los integrantes del Conglomerado Financiero Banco Popular y de Desarrollo Comunal. Dicha información será confidencial para terceros y se utilizará exclusivamente para el cumplimiento de las obligaciones dispuestas en el marco jurídico sobre la prevención de Legitimación de Capitales y del Financiamiento al Terrorismo y solamente podrá ser divulgada ante un ente autorizado en la legislación nacional, mediante su solicitud expresa.

Además, declaro conocer que:

- a) Los destinatarios de la información son la Operadora y las demás empresas que forman parte del Conglomerado Financiero Banco Popular y de Desarrollo Comunal y aquellas entidades con las cuales existan acuerdos de colaboración, crédito o corresponsalía.
- b) La información podrá ser consultada por los trabajadores de la Operadora y aquellos indicados en el inciso a) anterior, por tiempo indefinido.
- c) La finalidad de la recolección de estos datos es la contratación de algún servicio o producto de la Operadora y para el ofrecimiento de nuevos productos y servicios.
- d) La entrega de la información entre distintas entidades del Conglomerado Financiero Banco Popular y de Desarrollo Comunal no constituye una transgresión a lo dispuesto en el artículo 196 bis del Código Penal respecto a la violación de datos personales.
- e) La información solicitada incluye preguntas de carácter obligatorio y facultativo, las cuales son necesarias para cumplir con los fines establecidos por POPULAR PENSIONES y garantizar la correcta prestación de los servicios.
- f) La negativa a proporcionar los datos obligatorios podría impedir la actualización de mi información en los registros de Popular Pensiones, limitar el acceso a ciertos servicios o recibir comunicados normativos e informativos respecto a los productos y servicios de Popular Pensiones.

Asimismo, quedo informado que la normativa aplicable a toda entidad financiera, especialmente la Ley 8204, su Reglamento y Normativa conexa, obliga a éstas a obtener de sus clientes información y documentación personal y a realizar una comprobación de la misma, para lo cual otorga igualmente el consentimiento informado a la Operadora para cumplir con tal propósito por los medios legítimos que correspondan.

Reconozco y declaro que de conformidad con los términos establecidos en la Ley No. 8968, POPULAR PENSIONES me ha informado de los derechos de acceso, rectificación, cancelación, información y oposición vinculada a la información que he suministrado.

Declaro conocer y haber dado lectura a la Ley de Protección de la Persona Frente al Tratamiento de sus Datos Personales No. 8968 y confirmo haber comprendido lo que POPULAR PENSIONES a través de sus trabajadores me ha explicado sobre el contenido de esta ley y que dicha explicación ha sido clara en cuanto a los alcances de mi consentimiento informado para el acceso a mis datos personales en los términos aquí descritos.

Finalmente declaro que he sido informado sobre los derechos y garantías que me asisten, en cuanto al acceso a mis datos personales y a mi derecho de obtener, llegado el caso, la rectificación de éstos, su actualización o eliminación de conformidad con lo que al respecto establece la Ley 8968 y la Ley 8204, Reglamentos y Normativa conexa.

Autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme a la Ley 8968, exclusivamente para los fines indicados

Si_____ No_____

Firma del cliente o representante legal

Número de identificación

Fecha

Nombre y firma del ejecutivo

"En cumplimiento de la ley # 8204 y su normativa conexa".

G. DOCUMENTOS ADJUNTOS

Documentación
