



La información solicitada en este formulario, se fundamenta en la Normativa para el Cumplimiento de la Ley N°8204.

**Instrucciones:**

- Cuando no aplique una sección (tomador, persona física o persona jurídica), debe trazarse una línea transversal.
- Cuando corresponda a una vinculación requiere la firma del asegurado o tomador; en caso de una actualización, puede ser firmada por el agente o plataformista.
- El formulario debe entregarse con todos los espacios completos.
- Cuando no aplique alguna casilla debe indicarse N/A o una línea transversal.

 Vinculación

 Actualización

Fecha: \_\_\_\_\_

**\* LLENAR ESTA SECCIÓN SOLAMENTE SI EL TOMADOR ES DISTINTO AL ASEGURADO.**
**DATOS DEL TOMADOR \***

Nombre o razón social:		N. de identificación:	
País:	Provincia:	Cantón:	Distrito:
Dirección exacta del domicilio:			
Telf. domicilio:		Telf. celular:	Telf. oficina:
Relación con el asegurado <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Otro: _____			

**DATOS DEL ASEGURADO (PERSONA FÍSICA)**

1er Apellido:	2do Apellido:	Nombre:	
N° de Identificación:	Tipo de Identificación: <input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> Cédula de Residencia <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Otro: _____		
País y lugar de nacimiento:			
Fecha de nacimiento: ____/____/____	Nacionalidad:		
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Otro: _____		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Dirección exacta del domicilio actual:			
País:	Provincia:	Cantón:	Distrito:
Telf. domicilio:	Telf. celular:	Correo electrónico:	
Profesión:		Ocupación:	
Nombre del patrono o naturaleza de la actividad independiente:			
Telf. oficina:		Ingreso promedio mensual:	
Describa el origen de los fondos:			
¿Desempeña o ha desempeñado algún cargo político destacado (PEP <sup>1</sup> ), en territorio nacional o en el extranjero? <input type="checkbox"/> Si Detalle el cargo: _____ <input type="checkbox"/> No			
¿Se encuentra inscrito como contribuyente tributario en otro país? <input type="checkbox"/> Si Indique el número de TIN <sup>2</sup> : _____ <input type="checkbox"/> No			
¿Desempeña alguna de las actividades indicadas en el artículo 15 de la Ley N°8204 <sup>3</sup> ? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			

**DATOS DEL ASEGURADO (PERSONA JURÍDICA)**

Razón Social:		Nombre Comercial:	
Cédula Jurídica:		Actividad:	
Lugar de Constitución:		Fecha de Constitución:	
Dirección exacta del domicilio social, real o contractual:			
País:	Provincia:	Cantón:	Distrito:
Dirección exacta del domicilio comercial:			
País:	Provincia:	Cantón:	Distrito:
Teléfonos:		Fax:	
Describa el origen de los fondos:			
¿Algún socio o beneficiario de la empresa desempeña o ha desempeñado algún cargo político destacado (PEP <sup>1</sup> ), en territorio nacional o en el extranjero? <input type="checkbox"/> Si Detalle el cargo: _____ <input type="checkbox"/> No			
¿Desempeña alguna de las actividades indicadas en el artículo 15 de la Ley N°8204 <sup>3</sup> ? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL				
DATOS DEL ASEGURADO (PERSONA JURÍDICA)	1er Apellido:	2do Apellido:	Nombre:	
	Nº de Identificación:	Tipo de Identificación: <input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> Cédula de Residencia <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Otro: _____		
	País y lugar de nacimiento:		Fecha de nacimiento: ____/____/____	
	Nacionalidad:			
	Dirección exacta del domicilio actual:			
	País:	Provincia:	Cantón:	Distrito:
	Telf. domicilio:	Telf. celular:	Telf. oficina:	
	Profesión:	Ocupación:	Correo electrónico:	

Declaro que la información provista en este formulario es fiel y verdadera, por tanto, acepto que cualquier omisión o falsedad en los datos suministrados causaría la cancelación de los contratos de seguros; de igual manera me comprometo a mantener informado al INS sobre los cambios que puedan presentarse a futuro, con respecto a dicha información mientras exista una relación comercial.

Declaro que mis ingresos y activos han sido adquiridos a través de actividades lícitas y legítimas, de igual manera, que nunca he estado involucrado en delitos que quebranten la legislación nacional e internacional relacionada con la Legitimación de Capitales, Financiamiento del Terrorismo o Proliferación de Armas de Destrucción Masiva.

Autorizo al INS para acceder a los sistemas de empresas comercializadoras bases de datos o cualquier otra similar, para verificar datos, información personal, sean datos personales de acceso irrestricto o de acceso restringido, incluyendo dentro de estos la fotografía del documento de identidad y otros, permitidos de conformidad con la Ley de Protección de la Persona frente al Tratamiento de sus Datos Personales N°8968; así como bases de datos de entidades públicas. Además, de compartir la información y documentación que éste entregue o hubiera entregado en la Institución, con las Subsidiarias del Instituto Nacional de Seguros, para analizar la factibilidad de ofrecerle un mejor servicio y productos de su interés.

En caso de mantener pólizas de vida con componente de inversión, faculto al INS para compartir la información y documentación que como cliente entregue o hubiera entregado al INS o que se genere de las transacciones realizadas con el INS, con el Gobierno de los Estados Unidos de América y cualquiera de sus agencias federales, con cualquiera de los países que estén adheridos o se adhieran al Acuerdo Multilateral de Autoridades Competentes, con el Gobierno de Costa Rica y cualquiera de sus entidades, entre ellas al Ministerio de Hacienda, específicamente a la Dirección General de Tributación, El Consejo Nacional de Supervisión del Sistema Financiero (CONASSIF), Banco Central de Costa Rica, en virtud de la Ley de Cumplimiento Fiscal de Cuentas Extranjeras "Foreing Account Tax Compliance Act" (FATCA) y el Acuerdo Multilateral de Autoridades Competentes que implementa el intercambio automático de cuentas financieras establecida en el "Common Reporting Standard" (CRS) a la cual se han adherido el Estado Costarricense y el Grupo INS, así como compartir información con cualquier otro país que establezca leyes o acuerdos para el control de cuentas domiciliadas en el extranjero y a las que se adhiera en el futuro el Estado Costarricense y el Grupo INS.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Asegurado, Representante Legal o Tomador

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre del Intermediario o Funcionario del INS

\_\_\_\_\_  
Firma

**Nota:**

<sup>1</sup> Los cargos se encuentran establecidos en el artículo 22 del **Reglamento general sobre legislación contra el narcotráfico, actividades conexas, legitimación de capitales, financiamiento al terrorismo y delincuencia organizada.**

<sup>2</sup> TIN (por sus siglas en inglés), corresponde al número de identificación del contribuyente.

<sup>3</sup> Entre otros: canje de dinero y transferencias, emisión venta, rescate o transferencia de cheques viajeros, remesas de dinero desde o hacia el exterior, administración de recursos por medio de fideicomisos o cualquier otro tipo, que no sean intermediarios financieros.

Observaciones: