

## FORMULARIO CONOZCA A SU CLIENTE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

<b>A: DATOS PERSONALES</b>		
Nombre Completo:		
Número de Identificación:		Nacionalidad:
Tipo de Identificación: <input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Cédula Residencia <input type="checkbox"/> Otro <i>Especifique:</i>		
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado		
Fecha de Nacimiento:		Lugar de Nacimiento:
Profesión u Oficio:		Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
Celular:	Teléfono:	Correo electrónico:
<b>B: DATOS DEL DOMICILIO</b>		
Provincia:	Cantón:	Distrito:
Dirección exacta ( <i>Favor indicar puntos cardinales y señas específicas como características físicas del domicilio</i> ):		
<b>C: DATOS DEL PATRONO</b>		
Nombre del Patrono:		
Teléfonos:		
Actividad Económica:		
Dirección Exacta:		
<b>D: ORIGEN DE LOS FONDOS</b>		
Último Salario Bruto Aproximado: <input type="checkbox"/> ¢0 a ¢500.000 <input type="checkbox"/> ¢500.001 a ¢1.000.000 <input type="checkbox"/> ¢1.000.001 en adelante		
Razones por las cuales realiza el aporte extraordinario:		
Nivel estimado mensual de las operaciones:		
Fuente u origen de los fondos:		
<i>Naturaleza de la relación afiliado y OPC CCSS: La naturaleza de la relación nace por la Ley 7983.</i>		
<b>E: FIGURA PÚBLICA*</b>		
Desempeño de cargos públicos: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
País donde desempeña el cargo:		
Nombre del Cargo:		
Período del Cargo:		

*Declaro que este formulario ha sido completado por mí o en mi presencia y que la información provista en el mismo es fiel y verdadera. El cliente acepta que se le envíe por medio de SMS o correo electrónico el estado de cuenta y/o saldo de sus cuentas del FCL y ROPC, así como aquella información relevante que así lo considere la OPC CCSS. Si cambia el número telefónico o el correo electrónico, será responsabilidad de él comunicarlo a la Operadora con el fin de actualizar sus datos de contacto.*

\_\_\_\_\_  
Firma del Afiliado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del funcionario  
responsable de recibir el documento