

FORMULARIO CONOZCA A SU AFILIADO ROP Y/O FCL

Nº Sobre Valor:		
Nombre completo: Fecha de nacimiento:		Nº identificación: Lugar de nacimiento:
Estado civil:	Ocupación:	Profesión:
Cliente es un PEP'S (Persona Expuesta Políticamente): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Envío de correspondencia: Dirección <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Apartado Postal <input type="checkbox"/>
Dirección exacta de residencia permanente: Provincia: _____ Cantón: _____ Distrito: _____		
Otras señas: _____		
Teléfono:	Celular:	Otro:
Correo electrónico: _____ Apartado Postal: _____		
Origen de los fondos: <input type="checkbox"/> Salario <input type="checkbox"/> Traslado de Fondos de otra entidad <input type="checkbox"/> Inversión Extraordinaria, se debe detallar:		
NIVEL ESTIMADO DE TRANSACCIONES O CAPACIDAD MÁXIMA DE INVERSIÓN (se completa únicamente cuando el afiliado hace un aporte extraordinario en el ROP)		
<input type="checkbox"/> De ₡5.000,00 a ₡2.500.000,00 <input type="checkbox"/> De ₡5.000.001,00 a ₡20.000.000,00		
<input type="checkbox"/> De ₡2.500.001,00 a ₡5.000.000,00 <input type="checkbox"/> De ₡20.000.001,00 a ₡50.000.000,00 <input type="checkbox"/> Mayores de ₡50.000.000,00, especifique: _____		
Nombre del Patrono: _____ Razón Social: _____		Teléfono Patrono: _____

Nota: En caso no tener beneficiarios designados para ROP debe completar y firmar el formulario GA-RE71, Folleto informativo y designación de beneficiarios para el ROP.

Firma del Afiliado: _____

Fecha: _____

Nombre y firma del colaborador: _____

NºCédula: _____

NºAgencia: _____

El colaborador responsable que realiza y firma este documento en "Nombre y firma del Colaborador" declara que los datos consignados en este formulario son ciertos y verificados por él, firmados en su presencia.