



CONOZCA A SU CLIENTE

OFC1

Persona Física

Empresa del Grupo:

Sucursal:

Código Cliente:

Para Grupo Financiero Impresa es de vital importancia otorgar un alto nivel de seguridad en los servicios financieros prestados por cada una de sus subsidiarias, a los clientes; es por ello que se preocupa por el cumplimiento de las leyes y regulaciones aplicables en el ámbito nacional e internacional, en el tema de "Conozca a su cliente". En virtud de lo anterior, estamos obligados a solicitar los datos e información que se detalla a continuación, la cual garantizamos, será tratada con absoluta confidencialidad y discreción.

A. Datos Personales del Deudor

Primer Apellido		Segundo Apellido		Nombre[s]		Conocido como	
Número de Identificación		Tipo identificación [Cédula, pasaporte u otro]		Nacionalidad		Fecha de nacimiento	
Lugar de nacimiento		Estado civil		Tipo vivienda [Propia, alquilada, u otra]			
Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Domicilio	País		Estado / Provincia		Ciudad
Detalle							Años de vivir ahí
Dirección para correspondencia						Correo electrónico	
Apartado Postal		Teléfono Residencia		Teléfono Oficina / Celular		Fax	
Nivel educación educación		Profesión		Ocupación o actividad actual		¿Genera dólares?	
Ingreso mensual por salario		NETO		BRUTO		Otros ingresos	
Motivo		otros ingresos					
¿Maneja fondos de terceros? [Socios, inversionistas, otros] <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si En caso de hacerlo según lo establece el artículo 15 de la ley 8204, debe incluir dentro de los requisitos la inscripción correspondiente a SUGEF.							

B. Datos del cónyuge

Primer Apellido		Segundo Apellido		Nombre[s]	
Número de Identificación		Tipo identificación [Cédula, pasaporte u otro]		Teléfono	

C. Dato del Representante [Si Aplica]

Primer Apellido		Segundo Apellido		Nombre[s]		Relación con el cliente	
Número de Identificación		Tipo identificación [Cédula, pasaporte u otro]		Teléfono Residencia		Teléfono Celular	
Dirección		País		Estado / Provincia		Ciudad	
Detalle						Tipo de Poder	
Detalle						Vigencia del Poder	

D. Datos de la Empresa o Lugar en que genera sus ingresos

Nombre de la empresa o negocio			Cargo que desempeña			Departamento			
Fecha de ingreso		Teléfono		Fax		Apdo.		Actividad de la empresa o negocio	
Dirección		País		Estado / Provincia		Ciudad		Detalle	

E. Referencias

Bancarias

Banco		Tipo de servicio		Nombre del contacto		Teléfono	

Comerciales

Institución		Nombre del contacto		Teléfono	

F. Fuente u origen de los recursos

Describa la fuente u origen de los fondos a transar (¿De dónde provienen y en qué forma?)							
Detalle el volumen mensual estimado de:		Ingresos a transar		Cantidad		Egresos a transar	

G. Información requerida (para propietarios de empresas o negocios)

En caso de que la cuenta maneje recursos generados en actividades desarrolladas mediante una empresa o negocio propio, debe completar el formulario "Conozca a su cliente" de Información de negocios o empresas generadoras de... (OFC3) e indicar si es empresa de hecho o de derecho.

H. Documentos Adjuntos

Adjuntar la siguientes Documentación:

- Documento de identificación del titular de la cuenta o representante.
- Orden patronal (asalariado) o declaración patrimonio e ingresos (independiente).
- Referencias bancarias y/o comerciales (opcional).
- Recibo de Pago de Servicio Público u otro (debe señalar la dirección exacta).



CONOZCA A SU CLIENTE

Persona Física

OFC1

Empresa del Grupo: _____

Sucursal: _____

Código Cliente: _____

Inscripción frente a la Superintendencia correspondientes (si aplica).

* Declaro que este formulario ha sido completado por mi y/o en mi presencia y que la información provista en él, es fiel y verdadera; por tanto acepto que cualquier omisión o falsedad en la información contenida en este documento, causaría la cancelación de esta solicitud; de igual manera me comprometo a mantener informado a la entidad, de los cambios que se puedan presentar en el futuro con respecto a dicha información. Autorizo al Grupo Financiero Improsa a verificar toda la información contenida en el presente formulario, a discreción de la institución.

* Declaro que los ingresos y activos acumulados han sido adquiridos a través de actividades lícitas y legítimas, de igual manera, que nunca he estado involucrado en el delito de lavado de dinero u otras actividades consideradas o que pudieran ser consideradas criminales o que contravengan reglamentaciones internacionales con respecto a lavado de dinero o actividad criminal de cualquier índole.

Firma del cliente o representante

Fecha

PARA USO EXCLUSIVO DEL GRUPO FINANCIERO IMPROSA

Actividad	Subactividad	Sector económico	Clasificación SUGEF del cliente
-----------	--------------	------------------	---------------------------------

Hago constar que he verificado todos los datos consignados en este formulario y que se encuentran en orden según lo establecen las políticas internas de la institución.

Nombre del ejecutivo

Firma del ejecutivo

Fecha

VERIFICACION DE DATOS

Sección	Verificado por	Fecha	Firma	Observaciones o comentarios
I				
II				
III				
IV				

APROBACIÓN DE INCLUSIÓN

RECEPCIÓN PARA INCLUSIÓN

Autorización

Vº. Bº.

Incluido por

Fecha



OFC4

CONOZCA A SU CLIENTE

Información firmantes,
representantes y socios

Empresa del Grupo: _____
Sucursal: _____
Código Cliente: _____

A. Datos Generales

Primer Apellido			Segundo Apellido			Nombre[s]			Conocido como		
Número de Identificación				Tipo de Identificación				Otro [Especifique]			
Fecha de caducidad:	Día [DD]	Mes [MM]	Año [YYYY]	Fecha de nacimiento	Día [DD]	Mes [MM]	Año [YYYY]	Lugar de nacimiento		Nacionalidad	
Sexo		Estado Civil		Domicilio		País		Estado / Provincia			
Masculino		Femenino		Ciudad		Detalle					
Dirección para correspondencia											
Apartado Postal			Teléfono Residencia			Teléfono Oficina / Celular			Fax		
Correo Electrónico				Profesión				Ocupación o actividad actual			
Ingresos mensuales por salarios						Otros ingresos					

B. Datos de la Empresa o Lugar en que genera sus ingresos

Nombre de la empresa o negocio				Cargo que desempeña					
Teléfono[s]			Fax			Actividad de la empresa o negocio			
Dirección		País		Estado / Provincia		Ciudad		Detalle	

C. Origen de los Fondos

Declaro bajo juramento que los fondos a transar fueron originados de la siguiente manera y pertenecen a mi persona:

- Salario** [Incluir Salario Bruto y Neto]
 Pensión [Monto, fecha de inicios]
 Herencia [Nombre del fallecido, parentesco, monto]
 Otros orígenes [Especifique]
- Negocio Propio** [Ingreso Mensual por Negocio]
 Ahorro
 Traslado de fondos de otra entidad [Nombre, monto, motivo]

Detalle

Mecanismo utilizado para trasladar los fondos:

Depósitos de Fondos Locales
 Depósitos de Fondos internacionales
 Transferencias Locales
 Transferencias Internacionales

Detalle

¿Maneja fondos de terceros? No Si En caso de hacerlo, debe completar el formulario "Conozca a su cliente" respectivo para cada uno de ellos. [Socios, inversionistas, otros]

Declaro que este formulario ha sido completado por mi y/o en mi presencia y que la información provista en el mismo es fiel y verdadera, por tanto acepto que cualquier omisión o falsedad en la información contenida en este formulario causaría la cancelación de esta solicitud.

Firma del Cliente o Representante _____ Fecha _____ Firma del Ejecutivo / Plataforma _____

* En cumplimiento de la Normativa Internacional, Legislación Nacional y regulación de la Entidad Supervisora.