



# FORMULARIO CONOZCA SU ASOCIADO

## PERSONA FÍSICA

Fecha: \_\_\_\_\_ Empresa: \_\_\_\_\_ Código del Socio \_\_\_\_\_

## DATOS GENERALES DEL SOCIO

Primer Nombre:		Cédula Pasaporte	____ ____	No.	
Segundo Nombre:		Género:		F __ M __	
Primer Apellido:		Fecha de Nacimiento:			
Segundo Apellido:		Lugar de Nacimiento:			
Estado Civil:		Apellido de Casada (Si procede):			
Nacionalidad:		Otra Nacionalidad:			
Dirección Residencia:		Sector:			
Teléfono Residencia:		Municipio:			
Teléfono Móvil:		Provincia:			
Reside en el Extranjero:	Si __ No __	Dirección:			
Parentesco con Directivo o Colaboradores:	Si __ No __	Especificar			
Parentesco con Socio:	Si __ No __	Especificar			
Nivel académico:		Profesión:	Ocupación:	<input type="radio"/> Sin estudios. <input type="radio"/> Primario. <input type="radio"/> Secundario.	<input type="radio"/> Técnico. <input type="radio"/> Universitario. <input type="radio"/> Post-Grado.
Correo electrónico:					

## DATOS EMPRESA DONDE LABORA

Nombre de la Empresa:		Actividad económica de la empresa:	
Cargo que Ocupa:		Superior Inmediato:	
Teléfono Empresa:		Salario:	Fecha de ingreso:
Dirección:			
Otros Ingresos:	Si __ No __	Especificar fuente de ingresos:	Monto:

## DATOS DE LA PAREJA

Nombres:		Cédula Pasaporte	____ ____
Apellidos:		Empresa donde labora:	
Nacionalidad:		Posición:	
Teléfono Móvil:		Salario:	

**DATOS DE LOS PADRES**

MADRE		PADRE	
Primer Nombre:		Primer Nombre:	
Segundo Nombre:		Segundo Nombre:	
Segundo Apellido:		Segundo Apellido:	
Nacionalidad:		Nacionalidad:	
Cédula ____ Pasaporte ____	No. _____	Cédula ____ Pasaporte ____	No. _____
Fecha de Nacimiento:		Fecha de Nacimiento:	
Lugar de Nacimiento:		Lugar de Nacimiento:	
Municipio:		Municipio:	
Teléfono celular:		Teléfono celular:	

**PERSONAS EXPUESTAS POLÍTICAMENTE (PEP)**

¿Ha sido funcionario en el Estado en los últimos 3 años?		Si __ No __	Desde _____	Hasta _____
Institución			Cargo:	
¿Es Militar?	Si __ No __	Rango	Cargo:	
¿Tiene algún familiar o relacionado por consanguinidad o por afinidad que haya sido funcionario público?		Si __ No __	Desde _____	Hasta _____
			Cargo:	Institución:
Nombres y apellidos:			Relación o parentesco:	
¿Usted ha realizado declaración Jurada de Patrimonio?		Si __ No __	Especificar	

**REFERENCIAS PERSONALES**

Nombres y Apellidos:	Nombres y Apellidos:
Cédula o pasaporte:	Cédula o pasaporte:
Parentesco:	Parentesco:
Teléfono Residencia:	Teléfono Residencia:
Teléfono Móvil:	Teléfono Móvil:
Dirección:	Dirección:

## PARA CIUDADANOS Y RESIDENTES EN LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA (FATCA)

Es usted "Ciudadano" o "Residente" de los Estados Unidos de América, y por lo tanto tiene la obligación de presentar declaración ante el Internal Revenue Service (IRS) de los EUA? \_\_\_\_\_. Si la respuesta es afirmativa, favor indicar su Número de Identificación Fiscal \_\_\_\_\_.

Si usted es ciudadano "Ciudadano" o "Residente" de los Estados Unidos de América, tiene la obligación ante el Internal Revenue Service (IRS) de declarar los ingresos que obtenga de sus operaciones con COOPNAZONAF, INC. Por tanto, es su obligación poner en conocimiento de la Cooperativa, si usted tiene obligaciones de presentar declaración ante la Internal Revenue Service (IRS) de los EUA. Mediante lo dispuesto en la Ley P.L.111-147 (FATCA) emitida por el Congreso de los EUA en el año 2010. Al firmar el presente documento, usted está autorizando a la Cooperativa a reportar a la Internal Revenue Service (IRS) sus operaciones con esta institución.

**Firma del Socio (a)** \_\_\_\_\_  
(como está en la cédula o pasaporte)

## AUTORIZACIÓN

Expreso que todos los datos ofrecidos y documentos anexos a este formulario son ciertos, que la información adjunta es veraz y puede ser verificada. Autorizo su verificación ante cualquier persona física o jurídica, privada o pública, sin limitación alguna, desde ahora y hasta que se mantenga vigente la relación comercial con la COOPNAZONAF o con quien represente sus derechos, me comprometo actualizar los datos y/o la documentación al menos una vez cada dieciocho meses o cuando sea necesario por razones justificadas. Asimismo, autorizo a COOPNAZONAF o quien represente sus derechos, en forma permanente e irrevocable, para que con fines estadísticos y de información financiera o comercial, consulte, informe, reporte, procese o divulgue, a los organismos de consulta de bases de datos o Centrales de Información y Riesgo o cualquier otra institución o empresa, todo lo referente a mi comportamiento general como socio. Para efectos de la autorización, entiéndase por COOPNAZONAF, ubicada en la \_\_\_\_\_, o cualquiera que represente sus derechos, declaro expresamente que: Mi actividad laboral, profesión u oficio son lícitos y las ejecuto dentro de las disposiciones legales y los valores que poseo no provienen de actividades ilícitas establecidas en el Código Procesal Penal de la República Dominicana, ni de las tipificadas en la Ley 155/17 sobre la Prevención de Lavado de Activos, Financiamiento del Terrorismo y de la Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva. Que como titular de la información, me asiste el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan obtenido sobre mí. Que la responsabilidad del tratamiento de la información que se comparta transfiera, transmita, entregue o divulgue es de COOPNAZONAF, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. COOPNAZONAF se reserva el derecho de solicitar información y documentos adicionales para dar cumplimiento a las normativas sobre la prevención de lavado de activos y del financiamiento del terrorismo como sujeto obligado. En caso de que no suministre las informaciones o documentos requeridos, COOPNAZONAF se reserva el derecho de aceptar, declinar o cancelar el derecho de ser socio.

**Atendido por** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**Firma del Socio (a)** \_\_\_\_\_  
(como está en la cédula)

## PARA USO INTERNO DE LA COOPERATIVA

Atendido por:

Firma:

Satisfecho \_\_\_ No Satisfecho \_\_\_

Observaciones: