FORMULARIO DE AUTOCERTIFICACIÓN DE RESIDENCIA O NACIONALIDAD ESTADOUNIDENSE
PERSONA FÍSICA (FATCA)

A. Identificación del Asociado (a) (titular individual de la cuenta)			
Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	N°. De Identificación
B. Dirección actual de domicilio (Si su país de residencia no es Costa Rica, puede indicar su residencia en otras señas)			
País de Residencia	Provincia	Cantón	Distrito
Pulse aquí	Pulse aquí	Pulse aquí	Pulse aquí
Otras señas: barrio, calle, avenida, urbanización, # de casa			
C. Lugar y fecha de nacimiento			
Fecha (dd/mm/aaaa)	País de nacimiento		Lugar de nacimiento (Ciudad)
	Pulse aquí		

D. Cuenta con ciudadanía o residencia estadounidense (jurisdicción)

NO (◯) aquí concluye este formulario, por favor pase al ítem **"E"** donde indica **"Declaración y Firma".**

SI (◯) **En caso afirmativo, por favor complete la siguiente información:**

D.1. *Jurisdicción de Residencia y Número de Identificación estadounidense (TIN)*

Si no cuenta con TIN disponible, haga la indicación de la opción que corresponda:

Motivo A: El titular de la cuenta no puede obtener el TIN o su equivalente.

Motivo B: El titular de la cuenta agrega su número de seguro o indica que es pensionado.

D.1. País/Jurisdicción de Residencia	***(TIN)*** o equivalente	Indique motivo en caso de no revelar TIN **(Motivo A o B)**
Pulse aquí		
Pulse aquí		

E. Declaración y Firma

En el entendido, que el uso de la información suministrada se rige por el acuerdo unilateral de las regulaciones tributarias basadas en la Ley de Cumplimiento Fiscal de Cuentas Extranjeras (FATCA, por sus siglas en inglés), autorizo a COOPEUNA R.L. a usar y trasladar la información de los saldos de acuerdo con el umbral reportable establecido en la ley FATCA a la Dirección General de Tributación.

Certifico que las declaraciones indicadas en este formulario son completas y correctas.

Me comprometo informar a COOPEUNA R.L. si ocurre algún cambio en las circunstancias que afecta el estatus de mi residencia o si ese cambio pudiera convertir la información en incorrecta o incompleta. En este sentido me comprometo a proporcionar una actualización de esta auto certificación y declaración en un plazo de 30 días hábiles posteriores a que ocurra el cambio de circunstancias mencionadas.

Nombre completo del Asociado:

Firma del Asociado:	**Fecha:** 21/08/2025
Firma del colaborador de COOPEUNA R.L.	