

Formato Conoce a tu Cliente Fideicomisos

La denominación o razón social del fideicomiso deberá nombrarse tal cual como aparece en la CSF (Constancia de Situación Fiscal). Los participantes del fideicomiso a los que les sea emitida la factura deberán indicar sus datos fiscales en su formato correspondiente.

Datos generales del Fideicomiso					
Contratante <input type="checkbox"/> Asegurado <input type="checkbox"/> Beneficiario <input type="checkbox"/> Proveedor de Recursos <input type="checkbox"/> Otro: _____					
Datos de Identificación					
Denominación o razón social de la Institución Fiduciaria					
Denominación o razón social del Fideicomiso			Número o referencia del Fideicomiso		
Lugar de constitución o celebración del Fideicomiso (país y estado)			Fecha de constitución o celebración del Fideicomiso 		
RFC (con homoclave) o número de identificación fiscal y/ o equivalente en el extranjero			No. de serie de Firma Electrónica Avanzada		
Objeto del Fideicomiso		Ingresos anuales estimados en pesos mexicanos (\$)	Domicilio Calle	No. exterior	No. interior
Colonia	Código postal 	Alcaldía o municipio	Población o ciudad	Estado	
Teléfono de contacto		Indicar si realiza actividades vulnerables ¹		Patrimonio Fideicomitado	
Clave de uso de CFDI					
Participantes del Fideicomiso					
Miembros del Comité Técnico u Órgano equivalente					
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social			Nombre completo del(los) Propietario(s) Suplente(s)		
Fideicomisarios		Fideicomitentes			
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social		Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social	Monto de aportación de los Fideicomitentes		
Representantes y Apoderados legales		Delegados Fiduciarios			
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social		Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social			

Llenar el Formato único de identificación de cada uno de los participantes del Fideicomiso

Formato Conoce a tu Cliente Fideicomisos

Persona(s) física(s) que ejerce(n) el control directa o indirectamente

Adicionalmente, declaro que la(s) siguiente(s) persona(s) física(s), en lo individual, poseen o controlan un porcentaje igual o superior al 25% del capital o de los derechos de voto del Fideicomiso, o bien, tienen control² directo o indirecto del Fideicomiso (para estos fines, dichas personas serán consideradas como Propietarios Reales³ de acuerdo con lo previsto en las Disposiciones):

Nombre(s) y apellidos (paterno y materno)	Nacionalidad	RFC con homoclave (extranjeros TIN o equivalente)	Cargo o Posición

Llenar el Formato único de identificación de cada uno de los participantes del Fideicomiso

¹Actividades vulnerables: aquellas que están establecidas en el artículo 17 de la Ley Federal para la Prevención e Identificación de Operaciones con Recursos de Procedencia Ilícita.

²Control: se considera a la capacidad de una persona o grupo de personas, a través de la propiedad de valores, por la celebración de un contrato o por cualquier otro acto jurídico, para: (i) imponer, directa o indirectamente, decisiones en la asamblea general de accionistas o de socios o en el órgano de gobierno equivalente de una persona moral; (ii) nombrar o destituir a la mayoría de los consejeros, administradores o equivalentes de una persona moral; (iii) mantener la titularidad de derechos que permitan, directa o indirectamente, ejercer el voto respecto de más del cincuenta por ciento del capital social de una persona moral; o (iv) dirigir, directa o indirectamente, la administración, la estrategia o las principales políticas de una persona moral.

³Propietario Real, a la persona física que, no siendo el Cliente, o Beneficiario, por medio de otra o de cualquier acto o mecanismo, obtiene los beneficios derivados de un contrato u Operación celebrado con la Institución o Sociedad Mutualista de Seguros y es quien, en última instancia, ejerce los derechos de uso, disfrute, aprovechamiento o disposición de los recursos, esto es, como el verdadero dueño de los recursos. También comprende a las personas que ejerzan el Control sobre una persona moral, (un mínimo del 25% del capital social/acciones) así como, en su caso, a las personas que puedan instruir o determinar, para beneficio económico propio, los actos susceptibles de realizarse a través de Fideicomisos, mandatos o comisiones.”

Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas

Para los participantes del Fideicomiso: en caso de ser persona física, mencione si usted, su cónyuge o pariente colateral hasta el segundo grado, o, en caso de ser persona moral, si dentro de la composición accionaria algún accionista, su cónyuge o pariente colateral hasta el segundo grado desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en un país extranjero o en territorio nacional, o bien, ha sido jefe de estado o de gobierno, líder político, funcionario gubernamental, judicial o militar de alta jerarquía, alto ejecutivo de empresas estatales o funcionario o miembro de partidos políticos:

Sí No

Nombre completo de la persona que desempeña o desempeñó el cargo público	Puesto desempeñado
--	--------------------

Relación

¿Es usted quién pagará la prima? Sí No

En caso negativo, mencione el nombre completo de la persona que pagará la prima, quien también deberá llenar el Formato único respectivo:

¿Declara usted que actúa en nombre y por cuenta propia? Sí No

En caso negativo, mencione el nombre completo de la persona o razón social por quien actúa, quien también deberá llenar el Formato único respectivo:

Formato Conoce a tu Cliente Fideicomisos

Entrevista con el cliente (exclusivo para agentes de seguros)

Declaro bajo protesta de decir verdad que previo a la celebración del contrato, yo agente de seguros celebre la entrevista personal con el cliente o su apoderado, a fin de recabar los datos y documentos de identificación respectivos, asimismo la información contenida en este documento es verídica y que los documentos proporcionados por el cliente, fueron cotejados contra los originales atento a lo dispuesto por el Art. 492 de la LISF, mismos que Seguros Atlas, S.A. puede corroborar cuando lo considere necesario.

Declaro bajo protesta de decir verdad que previo a la celebración del contrato, yo cliente/contratante (o representante) de seguros celebre la entrevista personal con el agente y que la información contenida en este documento es verídica, que los documentos proporcionados son verídicos y fieles a los originales, mismos que Seguros Atlas, S.A. puede corroborar cuando lo considere necesario.

AVISO DE PRIVACIDAD

En cumplimiento con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, Seguros Atlas, S.A. (Seguros Atlas) con domicilio en Paseo de los Tamarindos No. 60- PB, Col. Bosques de las Lomas, 05120 México, D.F. Tel.: (55)9177-50-00, hace de su conocimiento que tratará los datos personales generales y sensibles que Usted proporcione para la evaluación de su solicitud de seguro y selección de riesgos y, en su caso, emisión del contrato de seguro, trámite de sus solicitudes de pago de siniestros, administración, mantenimiento y renovación de la póliza de seguro, prevención de fraude y operaciones ilícitas, para información estadística así como para todos los fines relacionados con el cumplimiento de nuestras obligaciones de conformidad con lo establecido en el propio contrato, la Ley sobre el Contrato de Seguro y en la normatividad aplicable

Nombre completo del agente	No. agente	Firma del agente

CONSENTIMIENTO. El otorgante reconoce el contenido del presente documento, como propuesta del riesgo, ofertado; y por ser suya la firma estampada e impresa en este documento privado, refiriendo que está actuando en nombre y por cuenta propia y no de ningún tercero. En cumplimiento con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, autorizo a Seguros Atlas, S.A., a tratar y, en su caso, transferir mis datos personales, los sensibles y los patrimoniales o financieros, para todos los fines vinculados con la relación jurídica que tengamos celebrado o que, en su caso, se celebre, así como para los indicados en el Aviso de Privacidad, cuyo contenido conozco y que previamente se ha puesto a mi disposición. En caso de haber proporcionado datos personales, sensibles, patrimoniales o financieros de otros titulares, me obligo a hacer del conocimiento de dichos titulares que he proporcionado tales datos a Seguros Atlas, S.A. y a hacer de su conocimiento los lugares en donde se encuentra a su disposición el referido Aviso de Privacidad

Nombre y firma del representante legal	Lugar y fecha

En cumplimiento a las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el Art. 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, declaro, bajo protesta de decir la verdad que:

- I) Los recursos que se utilizarán en la operación y celebración del contrato son y serán de procedencia lícita.
- II) Las primas que se ingresarán derivan de recursos propios, lícitos y proceden de actividades lícitas.
- III) Asimismo manifiesto que entiendo plenamente el marco normativo en torno a la prevención y detección de operaciones realizadas con recursos de procedencia ilícita y sus consecuencias, al permitir que un tercero haga el pago de primas sin haberlo yo declarado, ocultar información, proporcionar información falsa o actuar como prestanombres de un tercero, lo que puede dar lugar a que se haga un uso indebido de dicho contrato, lo cual podría llegar a constituir la comisión de un delito conforme a la legislación aplicable.