

**Formato conoce a tu cliente PERSONA MORAL EXTRANJERA**

*FECHA DE RECEPCIÓN			
---------------------	--	--	--

**DATOS DEL CLIENTE**

*NOMBRE / DENOMINACIÓN SOCIAL		NACIONALIDAD	
*RFC CON HOMOCLEAVE o número de identificación fiscal equivalente del país de origen		REQUISITADO EN:	

*DOMICILIO (EXTRANJERO)				
	*CALLE	*NÚMERO EXTERIOR	*NÚMERO INTERIOR	*CODIGO POSTAL
	*COLONIA	*DELEGACION (O SÍMIL DEL PAÍS DE ORIGEN)	*MUNICIPIO (O SÍMIL DEL PAÍS DE ORIGEN)	*ESTADO (O SÍMIL DEL PAÍS DE ORIGEN)
*DOMICILIO (MÉXICO)				
	*CALLE	*NÚMERO EXTERIOR	*NÚMERO INTERIOR	*CODIGO POSTAL
	*COLONIA	*DELEGACION	*MUNICIPIO	*ESTADO
*DATOS DE CONTACTO				
	*TELEFONO 1	TELEFONO 2 (OFICINA/CELULAR)	*CORREO ELECTRÓNICO	
*DATOS GENERALES	*GIRO (ESPECIFICO)		PAÍS EN DONDE SE CONSTITUYÓ	
	¿ES RESIDENTE EN MEXICO? (OFICINAS DE REPRESENTACIÓN O FILIAL NACIONAL) SI/NO	FECHA DE CONSTITUCIÓN	NUMERO DE REGISTRO (FOLIO MERCANTIL, #DE PERSONA MORAL, ETCÉTERA O SU EQUIVALENTE DEL PAÍS DE ORIGEN)	
	# CERTIFICADO DE FIRMA ELECTRÓNICA (FIEL/FEA) (CUANDO CUENTE CON ELLA)	NOMBRE DEL ADMINISTRADOR ÚNICO / DIRECTOR GENERAL / APODERADO U HOMOLOGO DE ACUERDO CON LA LEGISLACIÓN DEL PAÍS DE ORIGEN (QUIEN DEBERÁ FIRMAR EL FORMATO)		
	NÚMERO DE CUENTA Y CLAVE BANCARIA ESTANDARIZADA (CLABE) (CUANDO LA OPERACIÓN NO SEA PRESENCIAL).			

**¿Alguno de los socios, accionistas, el Director General o algún directivo hasta el primer nivel de reporte del Director General, es o está relacionado con alguna Persona Políticamente Expuesta (PEP's)?**

Nombre del Accionista o Directivo relacionado con la PEP	Nombre del PEP	Cargo Publico	Relación

## DATOS DEL BENEFICIARIO

*NOMBRE / DENOMINACIÓN SOCIAL				
*RFC CON HOMOCLOAVE		*NACIONALIDAD		REQUISITADO EN:
*DOMICILIO				
	*CALLE	*NÚMERO EXTERIOR	*NÚMERO INTERIOR	*CODIGO POSTAL
	*COLONIA	*DELEGACION	*MUNICIPIO	*ESTADO
*DATOS DE CONTACTO				
	*TELEFONO 1	TELEFONO 2		*CORREO ELECTRÓNICO
*DATOS GENERALES				
	*GIRO (ESPECIFICO)	FECHA DE CONSTITUCIÓN	NUMERO DE REGISTRO (FOLIO MERCANTIL, #DE PERSONA MORAL, ETCÉTERA)	
	# SERIE FIEL (CUANDO CUENTE CON ELLA)	NOMBRE DEL ADMINISTRADOR ÚNICO / DIRECTOR GENERAL / APODERADO		
	NÚMERO DE CUENTA Y CLAVE BANCARIA ESTANDARIZADA (CLABE) (CUANDO LA OPERACIÓN NO SEA PRESENCIAL).			

## DATOS DEL PROVEEDOR DE RECURSOS

*NOMBRE / DENOMINACIÓN SOCIAL				
*RFC CON HOMOCLOAVE		*NACIONALIDAD		
*DOMICILIO				
	*CALLE	*NÚMERO EXTERIOR	*NÚMERO INTERIOR	*CODIGO POSTAL
	*COLONIA	*DELEGACION	*MUNICIPIO	*ESTADO
*DATOS GENERALES				
	*GIRO (ESPECIFICO)	NUMERO DE SERIE DE CERTIFICADO DIGITAL DE FIEL (CUANDO CUENTE CON ELLA)		

DOCUMENTOS QUE DEBERAN INTEGRARSE EN TODOS LOS CASOS PARA: (MARQUE CON UNA X)	CLIENTE	BENEFICIARIO
<b>Acta constitutiva</b> , Testimonio o copia certificada que acredite su legal existencia, o de cualquier instrumento en el que consten los datos de su constitución o bien del documento que de acuerdo con el régimen que resulte aplicable a la persona moral de que se trate en su país de origen, acredite de manera fehaciente su existencia.		
<b>Constancia de inscripción en el registro público, de empresas, sociedades, etcétera o su equivalente del país de origen</b> , o bien del documento que de acuerdo con el régimen que resulte aplicable a la persona moral de que se trate, acredite de manera fehaciente su registro.		
<b>RFC</b> , Cédula de Identificación Fiscal o su equivalente al número de registro fiscal de su país de origen.		
<b>Constancia de la Firma Electrónica Avanzada cuando cuente con ella.</b>		
<b>Comprobante de domicilio.</b> (De la dirección señalada en este formato con antigüedad máxima de 3 meses).		
<b>Identificación</b> del administrador, gerente, o representante (quien firma el formato)		
<b>Testimonio o copia certificada del instrumento que contenga los poderes</b> del representante o representantes legales, expedido por fedatario público, cuando no estén contenidos en el instrumento público que acredite la legal existencia de la persona moral de que se trate o documento equivalente del país de origen que acredite sus facultades. (Quien firma este formato)		



Declaro bajo protesta de decir verdad que previo a la celebración del contrato, yo agente de seguros celebre la entrevista personal con el cliente ó 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.

#### **CONSENTIMIENTO**

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 del cliente  
(indispensable)**

\_\_\_\_\_  
**Nombre y firma del agente de seguros  
(indispensable)**

#### **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.

Para mayor información ponemos a su disposición, nuestra página de internet [www.segurosatlas.com.mx](http://www.segurosatlas.com.mx) en donde usted podrá consultar nuestro Aviso de Privacidad Integral, así como los mecanismos para hacer valer su derecho ARCO.

**DATOS DEL PROPIETARIO REAL (ANEXO)**

*NOMBRE		NACIONALIDAD	
*RFC CON HOMOCLAVE o número de identificación fiscal equivalente del país de origen		REQUISITADO EN: (PAÍS)	

*DOMICILIO				
	*CALLE	*NÚMERO EXTERIOR	*NÚMERO INTERIOR	*CODIGO POSTAL
	*COLONIA	*DELEGACION (O SÍMIL DEL PAÍS DE ORIGEN)	*MUNICIPIO (O SÍMIL DEL PAÍS DE ORIGEN)	*ESTADO (O SÍMIL DEL PAÍS DE ORIGEN)
*DATOS DE CONTACTO				
	*TELEFONO 1	TELEFONO 2 (OFICINA/CELULAR)	*CORREO ELECTRÓNICO	
*DATOS GENERALES				
	*OCUPACIÓN O GIRO (ESPECIFICO)		PAÍS DE NACIMIENTO	
	# CERTIFICADO DE FIRMA ELECTRÓNICA (FIEL/FEA) (CUANDO CUENTE CON ELLA)			

¿Es o está relacionado con alguna Persona Políticamente Expuesta (PEP's) (hasta el segundo grado por parentesco consanguíneo o por afinidad)?

Nombre del PEP	Cargo Publico	Relación

"Adicional a este anexo, se deberá entregar la siguiente documentación del Propietario Real:

- \* Identificación oficial vigente
- \* Comprobante de domicilio
- \* Constancia de la Clave Única de Registro de población, expedida por la Secretaría de Gobernación, cuando cuente con ella
- \* Cédula de Identificación Fiscal expedida por el Servicio de Administración Tributaria, cuando cuente con ella o en su caso Constancia de la asignación del número de Identificación Fiscal extranjero expedido por autoridad competente.
- \* Constancia de la Firma Electrónica Avanzada, cuando cuente con ella."

**CONSENTIMIENTO**

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 del cliente  
(indispensable)

Nombre y firma del agente de seguros  
(indispensable)

**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.

Para mayor información ponemos a su disposición, nuestra página de internet [www.segurosatlas.com.mx](http://www.segurosatlas.com.mx) en donde usted podrá consultar nuestro Aviso de Privacidad Integral, así como los mecanismos para hacer valer su derecho ARCO.