

DATOS DEL BENEFICIARIO

*NOMBRE / DENOMINACIÓN SOCIAL				
*RFC CON HOMOCLOVE		*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)	
	# CERTIFICADO DE FIRMA ELECTRÓNICA (FIEL/FEA) (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 HOMOCLOVE		*NACIONALIDAD	
*DOMICILIO			
	*CALLE	*NÚMERO EXTERIOR	*NÚMERO INTERIOR
	*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: (MARQUE CON UNA X)	CLIENTE	BENEFICIARIO
Acta constitutiva , Testimonio o copia certificada que acredite su legal existencia inscrito en el registro público que corresponda, de acuerdo con la naturaleza de la persona moral, 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 existencia.		
Constancia de inscripción en el registro público de la propiedad , 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. <u>En el caso de que la persona moral sea de reciente constitución escrito firmado por persona legalmente facultada, en el que conste la obligación de llevar a cabo la inscripción respectiva y proporcionar, en su oportunidad, los datos correspondientes a la Aseguradora.</u>		
RFC - Cédula de Identificación Fiscal		
Constancia de la Firma Electrónica Avanzada cuando cuente con ella.		
Comprobante de domicilio. (De la dirección señalada en este formato con antigüedad máxima de 3 meses).		
Identificación del administrador, gerente, o representante		
Testimonio o copia certificada del instrumento que contenga los poderes 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 (Quien firma este formato)		

DE LOS PRINCIPALES ACCIONISTAS SEÑALE LO SIGUIENTE:

NOMBRE	NACIONALIDAD	% DE CAPITAL (% de acciones)

ESCRIBA EL NOMBRE DEL/LOS PROPIETARIO(S) REAL(ES)

“Propietario Real, a la persona física qué, 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.”

*** Al presente deben anexarse los formatos de conocimiento del Propietario Real**

DATOS Y DOCUMENTOS PARA CLIENTES DE GRADO DE RIESGO DISTINTO AL BAJO: (Pueden ser solicitados con posterioridad).	
El organigrama del Cliente persona moral, debiendo considerarse cuando menos, el nombre completo y cargo de aquellos individuos que ocupen los cargos entre director general y la jerarquía inmediata inferior a aquel, así como el nombre completo y posición correspondiente de los miembros de su consejo de administración o equivalente.	
Documento que contenga la identificación de la persona Física que ejerza el Control	
Firma Electrónica o Firma Electrónica Avanzada, del representante legal. (cuando la operación sea no presencial).	

Estructura corporativa. *Debiendo considerarse cuando menos, el nombre completo y cargo de aquellos individuos que ocupen los cargos entre director general y la jerarquía inmediata inferior a aquel, así como el nombre completo y posición correspondiente de los miembros de su consejo de administración o equivalente.

NOMBRE	CARGO

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 LISR, 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 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 HOMOCLEAVE 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 en donde usted podrá consultar nuestro Aviso de Privacidad Integral, así como los mecanismos para hacer valer su derecho ARCO.