

FORMATO UNICO DE IDENTIFICACION Y CONOCIMIENTO DEL CLIENTE

1. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATANTE / ASEGURADO / PROPIETARIO REAL

Denominación o Razón Social				
R.F.C. con homoclave o N.I.F.		Giro Mercantil / Objeto Social / Actividad		Correo Electrónico
Fecha de Constitución		Nacionalidad	País y Estado	Teléfono del domicilio
D D / M M / A A A A				01 - ()
Lugar de Constitución		Página de Internet (en caso de contar con ella)		
No. de Serie de Firma Electrónica Avanzada (Si cuenta con el)				
Domicilio (Calle, No. Exterior, No. Interior, Colonia, Alcaldía o Municipio, Ciudad, Estado, C.P.)				
Nombre del Grupo Filial (Solo si el Cliente es subsidiaria, afiliada o asociada de un grupo de empresas, de lo contrario dejar en blanco):				
Nacionalidad del Grupo Filial (País origen del grupo o corporativo al que pertenece el cliente)				

¿Se dedica a alguna de las siguientes actividades? Indique cuál

- Plan de Previsión Social
- Sindicato
- Fideicomiso
- Subcontratación / Terceización / Outsourcing
- Fabricantes, traficantes e intermediarios de armas
- Casa de cambio, casas de remesas, agente de billetes de banco, ...
- Asociación benéfica no regulada
- Comerciantes de joyas, gemas y metales preciosos; marchantes, anticuarios y casas de subastas
- Actividades relacionadas con los juegos del azar /Lotería/ Casinos
- Intermediario de un tercero / Abogado / Fedatario Público
- Ninguna de las anteriores

Realiza usted alguna de las siguientes actividades de Tecnología Financiera. Señale cuál

- Financiamiento colectivo de deuda /capital / copropiedad o regalías
- Fondos de pago electrónico
- No realiza actividades de Tecnología Financiera

*** SI USTED MARCO QUE ALGUNA DE LAS ACTIVIDADES ANTERIORES, DEBERÁ DESCARGAR O SOLICITAR A SU EJECUTIVO EL FORMATO COMPLEMENTARIO DE ESTA ENTREVISTA Y DEBERÁ SER ENTREGADO CON LA DOCUMENTACIÓN QUE INTEGRE EL EXPEDIENTE DEL CLIENTE.**

2. PERSONAS POLITICAMENTE EXPUESTAS (PEP's)

¿Alguno de los socios, accionistas, Director General o algún directivo (hasta el primer nivel de reporte del Director General) desempeña o ha desempeñado algún cargo público hasta hace un año?

SI	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

Nombre completo de la persona que desempeña o desempeñó el cargo público: _____

Nombre del relacionado con la figura política: _____

Relación: _____

3. PERFIL TRANSACCIONAL DEL CLIENTE.

¿La aportación del tercero es periódica?	Periodicidad	Monto
Montos máximos a operar en un mes. Indique monto	¿Cuántas aportaciones mensuales piensa operar en un mes? Indique número	
<input type="checkbox"/> Menor a \$2'000,000.00	<input type="checkbox"/> Menos de 3	
<input type="checkbox"/> Entre \$2'000,000.00 y \$10'000,000	<input type="checkbox"/> Entre 3 y 5	
<input type="checkbox"/> Más de \$10'000,000	<input type="checkbox"/> Más de 5	
Monto Aproximado: _____	Número de aportaciones aproximadas: _____	
Justificación: _____	Justificación: _____	

Indique tipo de Transacción:

- Transferencia electrónica
- Cheque
- Efectivo
- Moneda Extranjera

Es el contratante quien pagará la prima? SI NO

¿Pretende realizar operaciones a través de su contrato, desde o hacia otro país? _____

Especificar que país: _____

¿Los recursos que se destinarán a la operación del producto o servicio solicitado son propiedad de un tercero? _____

En caso de ser la respuesta afirmativa, indicar la razón por la que el tercero proporciona al cliente los recursos: _____

¿Cuál es la relación existente entre el cliente y el tercero? _____

En caso de desconocer la periodicidad de las aportaciones del tercero, especificar la razón: _____

¿Otorgará el tercero algún beneficio adicional al cliente por contratar el producto o servicio con la Institución? _____

4. Exclusivo para agentes de seguros - entrevista con el cliente

Con base a lo establecido en las Disposiciones de carácter general a que se refiere el Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 04 de abril del 2015 (en adelante las Disposiciones). Así como lo establecido en la Política de Identificación y Conocimiento de los Clientes de Aseguradora Patrimonial Vida, S.A. de C.V. que hicieron de mi conocimiento en su debido momento, yo agente de seguros, bajo protesta de decir verdad, hago constar que realicé una entrevista personal con el proponente o con su apoderado legal (cuyos nombres se detallan en la primera sección de este formulario) para recabar los datos y documentos correspondientes a fin de recabar el expediente de identificación de conformidad con las Disposiciones. Asimismo, hago constar que los datos recabados fueron obtenidos directamente de una identificación personal vigente así como de los documentos señalados en las Disposiciones. Confirmando que he cotejado los originales contra las copias que se anexan a este formulario.

Nombre del agente	No. de agente	Firma del agente

COPIA DE LA DOCUMENTACIÓN A SER PROPORCIONADA

Marque los documentos que entrega y especifique el documento que entrega:

Identificación Oficial del Apoderado Legal SI NO Indique cual: _____

Testimonio o Copia Certificada de la Escritura Constitutiva inscrita en el Registro Público de Comercio SI NO Indique cual: _____

No. de Folio Mercantil: _____

Cedula de Identificación Fiscal (R.F.C.) SI NO

Comprobante de Domicilio (Antigüedad no mayor a tres meses) SI NO Indique cual: _____

Testimonio Notarial o Copia Certificada del Instrumento en el que constan los Poderes del Representante SI NO Indique cual: _____

Los documentos obtenidos en copias simples fueron cotejados contra sus originales

La presente fue realizada por: _____

Nombre y firma del entrevistador

Nota:

- * No será válido el documento que no se encuentre requisitado totalmente.
- * Este formato debe ser llenado totalmente y sin abreviaturas.
- * En caso de que no se responda algún campo, deberá ponerse "N/A", "NO", "NO APLICA", o anular el campo que no se declare.
- * Las firmas deberán ser autógrafas, no se aceptarán formatos con firmas digitales.
- * Las copias simples de los documentos deberán ser legibles y sin manchaduras, enmendaduras, quemaduras, etc.
- * Las copias de los documentos deberán venir con el sello o leyenda de cotejo contra originales, fecha, nombre y firma de quien lo realiza.
- * Para el caso de SOFOM E.N.R. tendrá que entregarse adicional a los documentos en cumplimiento al art. 492 de la LISF el formato de comunicación a la CONDUSEF de la constitución de la misma.