FORMATO CONOCE A TU CLIENTE
PERSONA FISICA MEXICANA

Seguros Atlas
La empresa a mi medida

***Fecha de Recepción** _____

DIA MES AÑO

***Formato requisitado en:** **Oficina** ☐ **Domicilio** ☐ **Otros** ☐

***Datos Obligatorios**

***RFC c/Homoclave**		***Fecha de nacimiento**		***País de nacimiento**	
***Ocupación**		***Nacionalidad**		***Entidad Federativa de nacimiento(lugar)**	

***Nombre Cliente** _____

Nombre/Nombres **Apellido Paterno** **Apellido Materno**

*Domicilio Particular ☐ Fiscal ☐

Calle No. Exterior No. Interior

Colonia o Fraccionamiento Delegación o Municipio Estado C.P.

*Profesión *Actividad o Giro del Negocio *Lugar de Residencia Correo Electrónico

*CURP *Celúlar *Teléfono(Particular/oficina) # Serie FIEL(solo si cuenta)

¿Usted desempeña a la fecha o desempeño cargo público (PEP´s:Persona Políticamente Expuesta)? **SI** ☐ **NO** ☐ Nombre del cargo _____ Año en su cargo _____

¿Es usted cónyuge o pariente de una persona políticamente expuesta? **SI** ☐ **NO** ☐ Parentesco _____

PROVEEDOR DE RECURSOS (PR)

Si Actua a través de un tercero, favor de anotar los datos siguientes:

¿Es una persona politicamente expuesta (PEPS)?: **SI** ☐ **NO** ☐

Nombre Cliente _____

Nombre **Apellido Paterno** **Apellido Marterno**

País de nacimiento _____ Entidad Federativa de nacimiento(lugar) _____

Fecha de Nacimiento _____ Parentesco _____ Nacionalidad _____

Domicilio Particular _____

Calle No. Exterior No. Interior

Colonia o Fraccionamiento Delegación o Municipio Estado C.P.

Ocupación Profesión Actividad o Giro del Negocio Correo Electrónico

Celúlar Teléfono(Particular/oficina) RFC # Serie FIEL(solo si cuenta)

CURP: _____

"Proveedor de Recursos, a aquella persona que, sin ser el Cliente en una Operación con componente de ahorro de inversión, aporta los recursos sin obtener los beneficios económicos derivados de esa Operación."

DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre _____

Nombre **Apellido Paterno** **Apellido Materno**

País de nacimiento _____ Entidad Federativa de nacimiento(lugar) _____

Fecha de Nacimiento _____ Parentesco _____ Nacionalidad _____

Domicilio _____ _____

Calle No. Exterior No. Interior

_____ _____ _____ _____

Colonia o Fraccionamiento Delegación o Municipio Estado C.P.

_____ _____ _____ _____

Ocupación Profesión Actividad o Giro del Negocio Correo Electrónico

_____ _____ _____ _____

Celúlar Teléfono(Particular/oficina) RFC # Serie FIEL(solo si cuenta)

CURP: _____

DOCUMENTOS A ENTREGAR ANEXOS A ESTA SOLICITUD "COPIAS COTEJADAS"

LEGIBLES Y VIGENTES	Asegurado o Contratante	PR	Beneficiario	
Constancia de Situación Fiscal-RFC con Homoclave	( )	( )	( )	Solo cuando cuente con él
CURP	( )	( )	( )	Si aparece en otro documento, oficial, no sera necesario
Identificación oficial Vígente (anverso y reverso)	( )	( )	( )	IFE/INE, Pasaporte, Cédula Profesional, Cartilla Militar
Comprobante de domicilio VIGENTE no mayor a 3 meses	( )	( )	( )	Rbo. Luz, Agua, Teléfono, Edo. Bancario
Comprobante de inscripción Firma Electrónica Avanzada	( )	( )	( )	Solo cuando cuente con ella

AGENTE:

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.

CLIENTE/CONTRATANTE:

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 referidoAviso de Privacidad.

_____ _____

NOMBRE Y FIRMA 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, SegurosAtlas, 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, AARCO