

FORMATO DE ENTREVISTA DE FIDEICOMISOS

Seguros SURA, S.A. de C.V.

Av. Insurgentes Sur 2475, pisos 22 y 23, col. Barrio Loreto, alcaldía Álvaro Obregón, C.P. 01090, Ciudad de México. Tel. 55 5723 7999



Favor de llenar este documento con letra de molde y tinta a un solo color azul o negra. Este formato no será válido si presenta tachaduras, enmendaduras o falta algún dato. El llenado del presente formato, es con el fin de dar cumplimiento a las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas dentro del capítulo II en su quinta disposición: "La Institución o Sociedad Mutualista de Seguros previo a establecer o iniciar una relación comercial con un Cliente, deberá celebrar una entrevista, a fin de que recabe los datos y documentos de identificación respectivos. Los resultados de la entrevista deberán quedar asentados de forma escrita o electrónica y constar en los Archivos o Registros e integrarse al expediente de identificación del Cliente."

INFORMACIÓN GENERAL DEL FIDEICOMISO

Número o referencia del fideicomiso	Objeto del fideicomiso	R.F.C. con homoclave o número de identificación fiscal y/o equivalente y el país que lo asignó	
	¿Realiza actividades vulnerables de acuerdo con el art. 17 de la LFPIORPI? Si No ¿Cuáles?		
Actividad o giro de negocio	Fecha de constitución o celebración Día Mes Año	Lugar de constitución o celebración	Firma electrónica avanzada (FIEL): Número de la serie de la Firma electrónica Avanzada (FIEL)

Denominación o razón social de la institución fiduciaria

Patrimonio fideicomitado (bienes y derechos)

Aportaciones de los fideicomitentes

En caso de que el contratante sea distinto al fideicomiso, favor de proporcionar la siguiente información:

INFORMACIÓN GENERAL DEL CLIENTE

Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno	Fecha de nacimiento	Día	Mes	Año
Denominación o razón social			Fecha de constitución	Día	Mes	Año
R.F.C. con homoclave	Nacionalidad		Firma electrónica avanzada (FIEL)			

Domicilio particular en el lugar de residencia

Calle	Número exterior	Número interior	Colonia
Alcaldía o municipio	Población o ciudad	Estado	Código postal
País	Teléfono particular (con clave lada)	Correo electrónico	

DATOS GENERALES DEL FIDEICOMITENTE

TIPO DE PERSONA Persona Física Persona Moral

Nombre completo (nombre, apellido materno y apellido paterno o denominación social):

Fecha de nacimiento/ Fecha de constitución	País de nacimiento:
Entidad Federal de Nacimiento:	Nacionalidad:
RFC (con homoclave) o número de identificación fiscal y/o equivalente y el país que lo asignó:	CURP:
Folio mercantil:	Profesión u ocupación/ actividad o giro mercantil:
Teléfono:	Correo electrónico:
No de serie del certificado digital de la firma electrónica avanzada (si cuenta con el):	

DOMICILIO DEL FIDEICOMITENTE

Calle, avenida o vía:	Número exterior:	Número interior:
Colonia:	Alcaldía o municipio:	
Estado:	Ciudad o población:	

DATOS GENERALES DEL FIDEICOMISARIO

TIPO DE PERSONA Persona física Persona Moral

Nombre completo (nombre, apellido materno y apellido paterno o denominación social):

Fecha de nacimiento/ Fecha de constitución	País de nacimiento:
Entidad Federal de Nacimiento:	Nacionalidad:
RFC (con homoclave) o número de identificación fiscal y/o equivalente y el país que lo asignó:	CURP:
Folio mercantil:	Profesión u ocupación/ actividad o giro mercantil:
Teléfono:	Correo electrónico:
No de serie del certificado digital de la firma electrónica avanzada (si cuenta con el):	

DOMICILIO DEL FIDEICOMISARIO

Calle, avenida o vía:	Número exterior:	Número interior:
Colonia:	Alcaldía o municipio:	
Estado:	Ciudad o población:	

DATOS GENERALES DEL DELEGADO FIDUCIARIO

TIPO DE PERSONA	Persona física	Persona Moral
------------------------	----------------	---------------

Nombre completo (nombre, apellido materno y apellido paterno o denominación social):

Fecha de nacimiento/ Fecha de constitución:	País de nacimiento:
Entidad Federal de Nacimiento:	Nacionalidad:
RFC (con homoclave) o número de identificación fiscal y/o equivalente y el país que lo asignó:	CURP:
Folio mercantil:	Ocupación, profesión, actividad o giro del negocio al que se dedique el Cliente/ actividad o giro mercantil:
Teléfono:	Correo electrónico:
No de serie del certificado digital de la firma electrónica avanzada (si cuenta con el):	

DOMICILIO DEL DELEGADO FIDUCIARIO

Calle, avenida o vía:	Número exterior:	Número interior:
Colonia:	Alcaldía o municipio:	
Estado:	Ciudad o población:	
Código postal:	País:	Teléfono:
¿Cuenta con residencia en el extranjero? (personalidad distinta a la mexicana)		
	Si	No
		País de Residencia Fiscal

DATOS GENERALES REPRESENTANTES O APODERADO LEGAL

Datos	Apoderado 1	Apoderado 2	Apoderado 3
Nombre (s)			
Apellido paterno			
Apellido materno			
Fecha de nacimiento			
País de nacimiento			
Entidad federativa de nacimiento			
Nacionalidad			
RFC o número de identificación			
Fiscal o su equivalente y el país que lo asignó			
CURP			
Profesión u ocupación			
Teléfono			
Correo electrónico			
Calle, avenida o vía			
Número exterior			
Número interior			
Colonia			
Alcaldía o municipio			
Estado			
Ciudad o población			
Código postal			

DATOS GENERALES DEL(OS) FIDEICOMISARIO(S) Y/O BENEFICIARIO(S)

Datos	Fideicomisario 1	Fideicomisario 2	Fideicomisario 3	Beneficiario 1	Beneficiario 2
Nombre completo/razón y/o denominación social					
Fecha de nacimiento/ fecha de constitución					
CURP (personas físicas)					
RFC o número de identificación fiscal o su equivalente y el país que lo asigó					
Folio mercantil (Personas morales)					
Calle, avenida o vía					
Número exterior					
Número interior					
Colonia					
Alcaldía o municipio					
Estado					
Ciudad o población					
Código postal					
País					
Teléfono					

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 control directo o indirecto del Fideicomiso (para estos fines, dichas personas serán consideradas como Propietarios Reales de acuerdo con lo previsto en las Disposiciones):

Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno	Fecha de nacimiento			Porcentaje de participación	Cargo o Puesto
			Día	Mes	Año		

CUESTIONARIO DE IDENTIFICACIÓN Y CONOCIMIENTO DEL CLIENTE

¿Actúa en nombre y cuenta propia? Si No

En caso negativo mencione el nombre del tercero por el cual actúa

Para los participantes del fideicomiso: En caso de ser persona física, indique si usted, su cónyuge o algún pariente colateral hasta el segundo grado ha desempeñado o desempeña funciones públicas¹ destacadas en territorio nacional o en el extranjero. En caso de ser persona moral, señale si dentro de su estructura accionaria algún accionista, su cónyuge o pariente colateral hasta el segundo grado ha desempeñado o desempeña dichas funciones públicas¹. Si No

¹Se entenderá por funciones públicas destacadas aquellas ejercidas por jefes de Estado o de Gobierno, líderes políticos, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alto nivel, altos ejecutivos de empresas estatales, así como funcionarios o miembros relevantes de partidos políticos.

Nombre completo de la persona que desempeña o desempeño el cargo publico

Puesto desempeñado

Relación

¿Los recursos monetarios utilizados para el pago de su (s) poliza(s) son propios? Si No

En caso de respuesta negativa, indique el nombre completo de la persona física o la razón social de la persona moral en cuyo nombre actúa. Dicha persona física o moral deberá completar el formato único correspondiente.

¿Es usted quién pagará la prima? Si No

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

AVISO DE PRIVACIDAD

Seguros SURA, S.A. de C.V. con domicilio en Av. Insurgentes Sur 2475, pisos 22 y 23, col. Barrio Loreto, alcaldía Álvaro Obregón, C.P. 01090, Ciudad de México.; hace del conocimiento a sus Clientes, Proponentes o Solicitudes, Contratantes, Asegurados y Beneficiarios, que sus datos personales serán tratados para evaluar y emitir sus solicitudes de seguro, dar trámite a sus reclamaciones de siniestros, cobrar las primas del seguro, mantener y renovar sus pólizas de seguro, para prevención de fraude u operaciones ilícitas, para estudios estadísticos; así como para todos los fines relacionados con el cumplimiento de nuestras obligaciones existentes entre Usted y SURA. Le informamos que sus datos personales podrán ser tratados para finalidades secundarias como son el ofrecimiento y promoción de bienes, productos y servicios y/o prospección comercial. Nuestro Aviso de Privacidad Integral así como sus modificaciones, estarán a su disposición en la página de Internet www.segurossura.com.mx, a través de comunicados colocados en nuestras oficinas y sucursales o informados mediante cualquier medio de comunicación que tengamos con Usted.

Nombre y firma del cliente o representante legal

Lugar y fecha

EXCLUSIVO AGENTES O EJECUTIVO DE NEGOCIO (PARA USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑÍA)

¿Le consta que el cliente llenó y firmó este formato? Si No

Manifiesto que he realizado una entrevista personal con el cliente o representante legal que solicita el presente seguro, con la finalidad de obtener los datos personales que fueron asentados en este formato y así mismo, validé y cotejé toda la documentación entregada por el cliente contra los documentos originales, incluyendo su identificación oficial.

Nombre del agente o ejecutivo de negocio

Clave número

Oficina de envío

País de envío

Firma