

**Datos Generales del Cliente**

Nombre Completo y/o Denominación o Razón Social*		Código del Cliente:
RFC*:	FIEL/FEA: (si cuenta con ella)	Nacionalidades*: <input type="checkbox"/> Mexicana <input type="checkbox"/> Extranjera, ¿Cuál? _____
Giro Mercantil, Actividad u Objeto Social*:	Fecha de constitución*:	País de constitución:

**En caso de ser Extranjero (Obligatorio cuando el cliente haya señalado alguna nacionalidad extranjera)**

En caso de tener la Nacionalidad Extranjera ¿es contribuyente fiscal?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
En caso de responder afirmativo ¿Cuál es su número de Cédula Fiscal o de Identificación Fiscal?	
País de Residencia o que asigna número de Identificación Fiscal:	Calidad Migratoria en México de la persona que ejerce el control: <input type="checkbox"/> FMM Turista <input type="checkbox"/> FM2 Inmigrante <input type="checkbox"/> FM3 No Inmigrante <input type="checkbox"/> Inmigrado <input type="checkbox"/> N/A
En caso de no ser residente en México, ¿motivo de la contratación?	Clave de Certificado de Residencia _____

**Domicilio Particular del Cliente\***

Calle:	No. Exterior	No. Interior	C.P.:	Colonia:
Delegación o Municipio:	Ciudad y/o Población			Entidad Federativa
Teléfono	Correo Electrónico y/o página de internet (si cuenta con ello)			

**Datos del Propietario Real de los Recursos (Declaración Firmada, obligatoria)**

¿El Cliente actúa en nombre y cuenta propia?*	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Los recursos monetarios utilizados para el pago de sus pólizas son propios?*	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso negativo a cualquiera de las preguntas anteriores, proporcione el nombre del propietario real o proveedor de los recursos y llene un formulario para identificación. Nombre Completo y/o Denominación o Razón Social	

**Nombre Completo y/o Denominación o Razón Social**

Forma de administración de la sociedad <input type="checkbox"/> Administrador Único <input type="checkbox"/> Consejo de Administración	Nombre del Administrador Único o del Presidente del Consejo de Administración*	Nacionalidades:	
	Nombre del Director General o Gerente General*	Nacionalidades:	
Nombre de los principales accionistas / asociados	Nacionalidades	Porcentaje de participación	
Núm de Escritura donde consta la Constitución	Folio Mercantil del Registro Público*	Fecha de Inscripción en el Registro Público	Entidad en la que se registró

Nota: Se deberá proporcionar documento que contenga la identificación de la Persona Física con un porcentaje igual o superior al 25% del capital o de los derechos de voto de la Persona Moral de que se trate, o que por otros ejerza el Control directo o indirecto de la Persona Moral. Cuando éste fuera una persona moral o institución fiduciaria en un Fideicomiso, se entenderá que el Control es ejercido por la persona física nombrada como administrador por dicha persona moral o Fideicomiso.

**Datos del Representante o Apoderado Legal del Cliente**

Nombre completo (Apellido paterno, apellido materno, nombre(s)*)		RFC (si cuenta con ello)		
CURP:	Fecha de Nacimiento (dd/mm/aa)	Nacionalidades*: <input type="checkbox"/> Mexicana <input type="checkbox"/> Extranjera, ¿Cuál? _____		
Domicilio Calle:	No. Exterior	No. Interior	C.P.:	Colonia:
Delegación o Municipio:	Ciudad y/o Población:		Entidad Federativa	
Teléfono:	Correo Electrónico*:			

**Beneficiarios**

Nombre, Denominación/Razón Social	Fecha de nacimiento/constitución	Domicilio

**Datos adicionales de Accionistas o Representantes Legales que hayan sido funcionarios de Gobierno (últimos 2 años)**

¿Los accionistas o apoderados legales del Cliente o sus parientes colaterales hasta segundo grado han desempeñado cargo de elección o han sido funcionarios de Gobierno en los últimos 2 años?*		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre del funcionario público	Parentesco con accionista o R.L.	Cargo Público	Período
Sociedades o Asociaciones con las que mantiene vínculos patrimoniales en las que ejerza control o influencia significativa. Nombre Completo		Vínculo Patrimonial	

### Documentos Anexos de Personas Morales

Testimonio o Copia Certificada del Acta Constitutiva inscrita en el registro público*	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Comprobante de domicilio (no mayor a 3 meses de antigüedad)*	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Documento que acredite la calidad del Representante/Apoderado Legal*	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Identificación oficial del Representante/Apoderado Legal*	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Manifestación de futura inscripción al Registro Público (PM de reciente creación)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Cédula de identificación fiscal*	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Comprobante de Inscripción para la Firma Electrónica Avanzada-FIEL/FEA*	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Organigrama (Nombre completo y cargo de director general y jerarquía inmediata inferior, así como el nombre completo y posición correspondiente de los miembros de su consejo de administración o equivalente*.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Se le informa al Cliente que:

- Los datos que recabemos de usted serán tratados bajo la protección de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y de conformidad con el Aviso de Privacidad de la Aseguradora, ubicado al final de este cuestionario y publicado en el portal [www.segurosbanorte.com.mx](http://www.segurosbanorte.com.mx).
- Por exigencia de ley usted deberá mostrar al representante de la Aseguradora, los documentos originales y/o certificados para corroborar la información proporcionada en el presente formulario.
- Los datos y documentos que usted nos proporcione en este formulario no sustituyen a aquellos que le serán requeridos en el caso de una reclamación o siniestro que llegue a presentar ante la Aseguradora.
- En caso de tratarse de clientes con actividad económica Centro Cambiario (Casa de Cambio) y Transmisores de Dinero, proporcionar documento que demuestre su inscripción ante la CNBV. En el caso de Sociedades Financieras de Objeto Múltiple no reguladas (SOFOMES ENR) se deberá obtener el documento que acredite que comunicaron su constitución a la CONDUSEF.

### Declaración del Cliente (Datos de llenado obligatorio)\*

Declaro bajo protesta de decir verdad, que la información que he proporcionado en el presente documento es verídica y auténtica, por lo que autorizo a la Aseguradora a que la misma sea corroborada, de estimarse conveniente.

En caso de tratarse de seguros colectivos, de grupo y de flotilla, así como contratados a través de fideicomisos que sean constituidos para cumplir con prestaciones laborales o de previsión social de carácter general, convengo en integrar y salvaguardar la información y documentación de los miembros que integran el grupo, colectividad o flotilla y proporcionarlos oportunamente a la Aseguradora cuando así se me requiera por ésta o por autoridad competente.

¿Cuál es el monto máximo mensual de recursos que usted destinará a sus seguros, en cualquier tipo de producto, con Seguros Banorte?\*

- ☐ Menos de \$50,000
 ☐ De \$50,000 a \$250,000
 ☐ De \$250,000 a \$1,000,000
 ☐ Más \$1,000,000

¿Cuál es el origen de los recursos que usted destina para adquirir productos o servicios con Seguros Banorte S.A. de C.V.?\*

- ☐ Utilidades o Capital de la empresa
 ☐ Créditos o Préstamos obtenidos
 ☐ Descuentos a empleados
 ☐ Recursos Públicos

- ☐ De los miembros de la Cámara, Grupo o Sindicato.
 ☐ Fideicomisos

Otros (Detalle) \_\_\_\_\_

Declaro que no opero con recursos provenientes de actividades ilícitas y que con las operaciones realizadas con Seguros Banorte S.A. de C.V, Grupo Financiero Banorte no favorezco alguna actividad ilícita.

### Documentos válidos para efecto de la identificación

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| 1. Credencial para votar (IFE / INE)  | 7. Credencial / Carnet de afiliación al IMSS o ISSSTE                                   |
| 2. Cédula Profesional                 | 8. Tarjeta afiliación Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores                |
| 3. Pasaporte                          | 9. Credencial emitida por autoridades Federales, Estatales o Municipales                |
| 4. Licencia de Conducir               | 10. Certificado de Matrícula Consular   |
| 5. Cartilla Servicio Militar Nacional | 11. Documento oficial emitido por autoridad competente del país de origen (extranjeros) |
| 6. Tarjeta Unica de Identidad Militar |   |

Identificación Personal.- Documento original oficial emitido por autoridad competente, vigente a la fecha de su presentación, que contenga la fotografía, firma y, en su caso, domicilio del propio Cliente (legible)

#### Registros Gubernamentales

- RFC Registro Federal de Contribuyentes (Cédula Fiscal)
- Inscripción para la Firma Electrónica Avanzada FIEL/FEA)

#### Documentos Validos para acreditar el carácter de Apoderado legal o Apoderado

- |  |   |
|--|---|
| 1. Carta Poder firmada ante 2 testigos                                   | 2. Poder notarial o Escritura Constitutiva que lo incluya |
| 3. Nombramiento del servidor público que tenga facultades para contratar | 4. Nombramiento en términos del art. 90 LIC y 130 LMV     |

### Documentos válidos como comprobante de domicilio

- |   |   |
|---|---|
| 1. Luz  | 5. Estado de cuenta bancario  |
| 2. Teléfono, (fijo o celular sujeto a Plan de Pago) | 6. Gas  |
| 3. Predial  | 7. Contrato de arrendamiento inscrito ante la autoridad correspondiente |
| 4. Agua   | 8. Inscripción ante el Registro Federal de Contribuyentes.              |

Nota: Será requerido cuando el domicilio manifestado en el contrato celebrado por el Cliente con la Aseguradora, no coincida con el de la identificación o ésta no lo contenga. El documento deba ser legible y su antigüedad no deberá ser mayor a tres meses, contados a partir de su fecha de emisión (Los documentos públicos emitidos en el extranjero deberán estar debidamente legalizados o apostillados).

### Aviso de Privacidad

**SEGUROS BANORTE, S.A. DE C.V., GRUPO FINANCIERO BANORTE** con domicilio en Avenida Hidalgo No. 250 poniente, Colonia Centro, C.P. 64000, Monterrey, Nuevo León, es el responsable de los datos personales que recaba, incluidos los de carácter sensible, financiero y/o patrimonial. Los datos recabados en el presente documento serán tratados para la debida atención y cumplimiento del contrato de seguro celebrado; así como para finalidades de prospección comercial. Si usted desea manifestar su negativa para recibir comunicaciones de prospección comercial, puede consultar nuestro Aviso de Privacidad Integral en su numeral 6, en el sitio web [www.segurosbanorte.com.mx](http://www.segurosbanorte.com.mx)

### Declaración del Agente, Ejecutivo Comercial, Funcionario Bancario\*

Verifiqué la autenticidad de los documentos presentados por el Cliente mediante su cotejo con los documentos originales.

Nombre Completo	Firma	Fecha

\* Campos de llenado obligatorio para clientes PM de nacionalidad mexicana

### Nombre y Firma del Cliente o Apoderado Legal\*

Nombre Completo	Firma