

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:	
¿Tu actividad declarada es la principal y/o preponderante?* <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso de ser negativa, especificar cual:				
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"/> Si <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?*(En caso afirmativo, los recuadros de abajo serán de llenado obligatorio)			<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
Constancia de registro de SOFOMES ENR, Centros Cambiarios y Transmisores de Dinero en la CNBV o CONDUSEF, según corresponda (Art. 95 BIS LGOAAC)	<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.
- 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.

¿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 Camara, Grupo o Sindicato. ☐ Fideicomisos

Otros (Detalle)

¿Cuál será el instrumento monetario para el pago de la prima?*

☐ Efectivo ☐ Tarjeta de crédito ☐ Cheque ☐ Tarjeta de débito ☐ Transferencia electrónica

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 Única de Identidad Militar | |
-
- | | |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| 1. Luz | 4. Estado de cuenta bancario |
| 2. Teléfono, (fijo o celular sujeto a Plan de Pago) | 5. Gas |
| 3. Agua | 6. Inscripción ante el Registro Federal de Contribuyentes. |

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

Declaración del Agente, Ejecutivo Comercial, Funcionario Bancario*

En base al cuestionario conteste las siguientes preguntas

- | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. La Ocupación, Profesión, Actividad o Giro del Negocio de Cliente se encuentra clasificada de Alto Riesgo? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 2. La edad / antigüedad del Cliente es menor a 20 años / 1 año | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 3. El Cliente selecciono como monto máximo mensual de recursos: Más \$1,000,000 | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 4. El Cliente mencionó que su forma de pago sería: Efectivo | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

En caso de responder afirmativo en tres o mas ocasiones, sera necesario lo siguiente

1. Confirmar la Actividad Preponderante del Cliente
2. Para PM incluir el Organigrama de la Empresa

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