

Formato conoce a tu cliente
PERSONA FÍSICA MEXICANA/NACIONAL

| | | | |
|----------------------|-----|-----|-----|
| Fecha de recepción * | | | |
| | Día | Mes | Año |

Formato requisitado en:

| | | | | | |
|---------|--------------------------|-----------|--------------------------|-------|--------------------------|
| Oficina | <input type="checkbox"/> | Domicilio | <input type="checkbox"/> | Otros | <input type="checkbox"/> |
|---------|--------------------------|-----------|--------------------------|-------|--------------------------|

* Datos obligatorios

| | | | | | |
|---------------|--|-----------------------|--|----------------------|--|
| R.F.C. * | | Fecha de nacimiento * | | País de nacimiento * | |
| c/Homoclave * | | Ocupación * | | Tipo ident. | |
| Nacionalidad | | | | Folio o # ident. | |

| | | | | |
|---|---|--------------------------|---|------------------|
| *Nombre cliente | | | | |
| Nombre/Nombres | | Apellido paterno | | Apellido materno |
| *Domicilio | Particular de Residencia <input type="checkbox"/> | | | |
| | Fiscal <input type="checkbox"/> | Calle | No. exterior | No. interior |
| Colonia o Fraccionamiento | | Delegación o Municipio | Estado | C.P. |
| Profesión | Actividad o giro del negocio | Lugar de residencia | * Teléfono | |
| * Celular | Correo electrónico | * CURP | *# serie FIEL/ Firma Electrónica Avanzada | |
| ¿Usted desempeña a la fecha un cargo público? | | Año en que dejó su cargo | | |
| ¿Es usted cónyuge o pariente de una persona políticamente expuesta? | | Tipo de parentesco | | |

Propietario real

| | | | |
|--|------------------------------|------------------------|------------------|
| Si actúa a nombre o por cuenta de un tercero, favor de proporcionar los datos del propietario real | | Si () | No () |
| Fecha de nacimiento | Parentesco | Nacionalidad | |
| Nombre cliente | | | |
| Nombre | | Apellido paterno | Apellido materno |
| Domicilio particular | | | |
| Calle | | No. exterior | No. interior |
| Colonia o Fraccionamiento | | Delegación o Municipio | Estado |
| Profesión | Actividad o giro del negocio | lugar de residencia | Teléfono |
| Celular | Correo electrónico | R.F.C./ CURP | # serie FIEL |

Datos de beneficiario

| | | | | |
|---------------------------|----------------------|------------------------------|--------------------------|------------|
| Fecha de nacimiento _____ | Parentesco _____ | Nacionalidad _____ | | |
| Nombre _____ | Nombre/Nombres _____ | Apellido paterno _____ | Apellido materno _____ | |
| Domicilio _____ | Calle _____ | No. exterior _____ | No. interior _____ | |
| R.F.C. _____ | Colonia _____ | Delegación o Municipio _____ | Estado _____ | C.P. _____ |
| CURP _____ | Teléfono _____ | Actividad _____ | Correo electrónico _____ | |

Documentos a recabar vía esta solicitud “copias/cotejadas”**Del asegurado o contratante**

R.F.C. ()
CURP ()
Identificación oficial vigente (anverso y reverso) legible () Ite, pasaporte, cédula profesional, cartilla militar
Comprobante de domicilio vigente no mayor a 3 meses () Rbo. luz, agua, teléfono, bancario
Comprobante de inscripción firma electrónica avanzada () Sólo cuando cuente con ella

Declaramos 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.

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 referido Aviso de Privacidad.

Nombre y firma del cliente

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, Seguros Atlas, 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 ARCO.