

Solicitud conoce a tu cliente **Persona moral**
Mexicana



Fecha	
	Día Mes Año

R.F.C.	
Nacionalidad	

Razón Social _____			
Domicilio fiscal _____			
Calle		No. exterior	No. interior
Colonia o Fraccionamiento		Delegación o Municipio	Estado
C.P.			
Teléfono 1	Teléfono 2	Fax	Correo electrónico
Actividad o giro _____		Fecha de constitución _____	
# serie fiel _____		Folio mercantil _____	
Nombre del apoderado legal _____			
Fecha de recepción _____			

Estructura corporativa

Forma de administración de la sociedad	Administrador único ()	Consejo de administración ()
¿Alguno de los socios o accionistas o miembros del consejo de administración son personas políticamente expuestas?	Si ()	No ()
En caso afirmativo, favor de indicar el cargo _____		
En caso de existir beneficiarios, indicarlos: _____		
Domicilio _____		

Documentos a entregar anexos a esta solicitud "copias"

Asegurado contratante	Si			
Acta constitutiva protocolizada e inscrita en el registro público de la propiedad y comercio	()			
Cédula Fiscal RFC	()	No. Notaría	Nombre notario	No. de folio
Identificación oficial vigente del representante legal (anverso y reverso totalmente legible)	()			
Poder notarial de los representantes legales	()			
Comprobante de domicilio vigente no mayor a 3 meses	()			
Del beneficiario				
Identificación oficial	()			
CURP	()			
Comprobante de domicilio	()			

Declaramos bajo protesta de decir verdad que la información contenida en este documento, es verídica y autorizo a que pueda ser corroborada cuando la institución lo considere necesario.

Nombre y firma del representante legal

Nombre y firma del agente
(indispensable)

Documentos a entregar anexos a esta solicitud "copias"

Fecha de Captura
Clave de oficina

Nombre y firma de quien genera
al cliente

--

Firma

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. 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 sus datos personales, incluso los sensibles y los patrimoniales o financieros recabados, que se recaben o generados con motivo de la relación jurídica que tengamos celebrada, o que en su caso, se celebre, se tratarán para todos los fines vinculados con dicha relación, tales como: identificación, operación, administración, análisis, ofrecimiento y promoción de productos y servicios y/o prospección comercial, así como para cumplir las obligaciones derivadas de tal relación y otros fines compatibles o análogos, quedando convenido que Usted acepta la transferencia que pudiera realizarse a Terceros Nacionales o Extranjeros.

Para mantener el uso y divulgación de sus datos, mantendremos políticas y procedimientos de seguridad y confidencialidad.

El ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición -a partir del 6 de enero de 2012- y la revocación del consentimiento deberá realizarse por escrito en la dirección citada.

El presente aviso, así como sus modificaciones estarán a su disposición en la página www.segurosatlas.com.mx, o a través de comunicados colocados en nuestras sucursales o informados mediante cualquier medio de comunicación que tengamos con Usted.

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.

Solicitud conoce a tu cliente Persona física Mexicana



Fecha de recepción			
	Día	Mes	Año

R.F.C.		Fecha de nacimiento		País de nacimiento	
Nacionalidad		Ocupación			

Nombre cliente	Nombre		Apellido paterno		Apellido materno	
Domicilio	Calle				No. exterior	No. interior
Colonia o Fraccionamiento			Delegación o Municipio		Estado	C.P.
Profesión	Actividad o giro del negocio		Lugar de residencia		Teléfono	
Correo electrónico	CURP		# serie FIEL		Celular	

Propietario real

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

Persona políticamente expuesta - PEPS

El beneficiario es una persona políticamente expuesta?	Si ()	No ()
Definir el cargo:		
Fecha de nacimiento	Nacionalidad	

Datos de beneficiario

Fecha de nacimiento	Parentesco	Nacionalidad				
Nombre	Nombre		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 entregar anexos a esta solicitud "copias"

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

Del beneficiario

- Identificación oficial ()
- CURP ()
- Comprobante de domicilio ()

Declaramos bajo protesta de decir verdad que la información contenida en este documento, es verídica y autorizo a que pueda ser corroborada cuando la institución lo considere necesario.

Nombre y firma del asegurado

Nombre y firma del agente
(indispensable)

Documentos a entregar anexos a esta solicitud "copias"

Fecha de Captura
Clave de oficina

Nombre y firma de quien genera
al cliente

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. 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 sus datos personales, incluso los sensibles y los patrimoniales o financieros recabados, que se recaben o generados con motivo de la relación jurídica que tengamos celebrada, o que en su caso, se celebre, se tratarán para todos los fines vinculados con dicha relación, tales como: identificación, operación, administración, análisis, ofrecimiento y promoción de productos y servicios y/o prospección comercial, así como para cumplir las obligaciones derivadas de tal relación y otros fines compatibles o análogos, quedando convenido que Usted acepta la transferencia que pudiera realizarse a Terceros Nacionales o Extranjeros.

Para mantener el uso y divulgación de sus datos, mantendremos políticas y procedimientos de seguridad y confidencialidad.

El ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición -a partir del 6 de enero de 2012- y la revocación del consentimiento deberá realizarse por escrito en la dirección citada.

El presente aviso, así como sus modificaciones estarán a su disposición en la página www.segurosatlas.com.mx, o a través de comunicados colocados en nuestras sucursales o informados mediante cualquier medio de comunicación que tengamos con Usted.

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.