

Formato conoce a tu cliente PERSONA FÍSICA MEXICANA

Fecha de recepción			
--------------------	--	--	--

	Día	Mes	Año
--	-----	-----	-----

R.F.C.		Fecha de nacimiento	
Nacionalidad		Ocupación	

País de nacimiento	
--------------------	--

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 () Iife, 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 ()

Declaro bajo protesta de decir verdad que la información contenida en este documento es verídica y que los documentos que fueron proporcionados por el suscrito, atento a lo dispuesto por el Art. 140 de la LGISMS, coinciden con sus originales, 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 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. (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.