

Formato conoce a tu cliente PERSONA FÍSICA EXTRANJERA



La empresa a mi medida

* Datos obligatorios

Fecha de recepción			
	Día	Mes	Año

Nacionalidad *		Fecha de nacimiento *		País de nacimiento *	
		Ocupación		R.F.C. c/Homoclave Si cuenta con el	

Nombre cliente *	Nombre/Nombres			Apellido paterno		Apellido materno	
Domicilio Particular \ Lugar de residencia	Calle			No. exterior		No. interior	
	Colonia o Fraccionamiento			Delegación o Municipio		Estado	
	C.P.						
Profesión	Actividad o giro del negocio			Teléfono			
Correo electrónico	# serie FIEL (Si cuenta con el)		Celular		Domicilio Part. localizado en territorio nacional		

Propietario real

Si actúa a nombre o por cuenta de un tercero, por favor de proporcionar los datos del propietario real

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		

Razón por la cual ha decidido operar o proponer el riesgo en México

Datos de beneficiario

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

Documentos a recabar vía esta solicitud "copias/cotejadas"

Del asegurado o contratante

Identificación oficial vigente (anverso y reverso) legible () Pasaporte, documento que acredite su residencia temporal, residencia permanente o internación en el País

Comprobante de domicilio vigente no mayor a 3 meses () Documento que acredite su domicilio particular en el lugar de residencia permanente

Comprobante de inscripción firma electrónica avanzada () SI cuando cuente con ella

R.F.C. o C.U.R.P.

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 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.