|  |
| --- |
| **DATOS DEL CONTRATANTE** |
| Fideicomiso: | Clic aquí para escribir. |
| Número o referencia del Fideicomiso: | Clic aquí para escribir. | Objeto del Fideicomiso: | Clic aquí para escribir. |
| Fecha de Constitución: | Clic aquí para escribir. | Lugar de Constitución: | Clic aquí para escribir. |
| R.F.C.:  | Clic aquí para escribir. | Actividad Económica: | Haga clic/pulse aquí para escribir. |
| Número de serie del Certificado Digital de la Firma Electrónica Avanzada (FIEL): Cuando se cuente con ella | Haga clic/pulse aquí para escribir. |
| Denominación o razón social de la institución fiduciaria: | Haga clic/pulse aquí para escribir. |
| Patrimonio Fideicomitido (bienes y derechos): | Haga clic/pulse aquí para escribir. |
| **DIRECCIÓN DEL CONTRATANTE** |
| Calle: | Clic aquí para escribir. | No. Exterior: | Clic aquí para escribir. | No. Interior: | Clic aquí para escribir. |
| Colonia: | Clic aquí para escribir. | Delegación o municipio: | Clic aquí para escribir. |
| C.P.: | Clic aquí para escribir. | Ciudad: | Clic aquí para escribir. | Estado: | Clic aquí para escribir. |
| Número de teléfono: | Clic aquí para escribir. | Correo electrónico: | Clic aquí para escribir. |
| Página Web (opcional): | Clic aquí para escribir. |
| **DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL** |
| Nombre: | Clic aquí para escribir. |
| Correo Electrónico: | Clic aquí para escribir. | C.U.R.P.: | Clic aquí para escribir. |
| Nacionalidad: | Clic aquí para escribir. | R.F.C.: | Clic aquí para escribir. |
| Tipo de Identificación Oficial:(*Pasaporte, INE, etc.*) | Clic aquí para escribir. | No. de Identificación Oficial: | Clic aquí para escribir. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha de entrevista:** | **Seleccionar fecha** |

|  |
| --- |
| **PERSONA POLÍTICAMENTE EXPUESTA (PPE)** |
| ¿Alguno de los socios o accionistas, miembros del consejo o administrador único desempeñan o han desempeñado cargo alguno dentro del gobiernos estatal o federal en el último año?  |
|  | Si: |  [ ]  | No: |  [ ]  |
| **En caso de ser afirmativo señale:** |
| **Cargo:** | Haga clic/pulse aquí para escribir. | **Nombre:** | Haga clic/pulse aquí para escribir. |

|  |
| --- |
| **FIDEICOMITENTES (***De cada uno se deberán proporcionar los* ***datos*** *del* ***Anexo 1 y/o 2*** *de la presente entrevista***)** |
|  | **Nombre** | **Nacionalidad** | **Aportación** | **Fecha de Nacimiento** |
| **1** | Haga clic/pulse aquí para escribir. | Clic aquí para escribir. | Clic aquí para escribir. | **Elegir fecha** |
| **2** | Haga clic/pulse aquí para escribir. | Clic aquí para escribir. | Clic aquí para escribir. | **Elegir fecha** |
| **3** | Haga clic/pulse aquí para escribir. | Clic aquí para escribir. | Clic aquí para escribir. | **Elegir fecha** |
| **4** | Haga clic/pulse aquí para escribir. | Clic aquí para escribir. | Clic aquí para escribir. | **Elegir fecha** |
| **5** | Haga clic/pulse aquí para escribir. | Clic aquí para escribir. | Clic aquí para escribir. | **Elegir fecha** |
| **6** | Haga clic/pulse aquí para escribir. | Clic aquí para escribir. | Clic aquí para escribir. | **Elegir fecha** |
| **7** | Haga clic/pulse aquí para escribir. | Clic aquí para escribir. | Clic aquí para escribir. | **Elegir fecha** |
| **8** | Haga clic/pulse aquí para escribir. | Clic aquí para escribir. | Clic aquí para escribir. | **Elegir fecha** |
| Con base a las disposiciones a las que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aplicables a instituciones y sociedades mutualistas de seguros de cada uno de los fideicomitentes se deberán proporcionar los datos de identificación de los fideicomitentes y fiduciarios con base y dependiendo los Anexo 1, 2 y 3 según corresponda de la presente entrevista. |

|  |
| --- |
| **PERFIL TRANSACCIONAL** |
| **Frecuencia de Operaciones:** (Seleccionar una sola opción) | Mensual |[ ]  **Origen de los Recursos:** (Seleccionar una sola opción) | Recursos Propios: |[ ]
|  | Trimestral |[ ]   | Recursos a través de Socios: |[ ]
|  | Semestral |[ ]   | Recursos a través de Terceros: |[ ]
|  | Anual |[ ]   |  |  |
| Método usual de Pago: |  Elija un elemento. | Destino de los Recursos: | Pago de Primas |

|  |
| --- |
| *DATOS ESTIMADOS ÚNICAMENTE PARA EFECTO DE CUMPLIMIENTO:* |
| Tipo de moneda con la que se pagará: | Clic aquí para escribir. |
| Número de operaciones estimadas a realizar con nosotros (*Emisiones*) por año: | Clic aquí para escribir. |
| Monto máximo estimado de pago por primas al año:*(monto estimado a pagar por el total de operaciones “pólizas/emisiones”)*: | Clic aquí para escribir. |
| Si usted tiene nacionalidad extranjera**, ¿Maneja seguros con componentes de inversión en otra moneda?** | Si: |[ ]  *En caso de responder “Si” indicar la moneda:* |
|  | No: |[ ]  Clic aquí para escribir. |

|  |
| --- |
| **RELACIÓN DE DOCUMENTOS – FIDEICOMISOS** |
| **Documentos** | **Seleccionar SI se envía** | **Adjuntar documento** |
| Contrato, testimonio o copia certificada del instrumento público que acredite la celebración o constitución del Fideicomiso, (*inscrito en su caso, en el registro público que corresponda, o bien, del documento que de acuerdo con el régimen le resulte aplicable al Fideicomiso de que se trate).* |[ ]   |
| Cédula de Identificación Fiscal. |[ ]   |
| Comprobante de domicilio. (Antigüedad no mayor a 3 meses) |[ ]   |
| Testimonio notarial o copia certificada del instrumento en el que constan los poderes del representante. |[ ]   |

|  |
| --- |
| **DEL REPRESENTANTE LEGAL** |
| **Documentos** | **SI se envía** | **Adjuntar documento** |
| Identificación oficial del representante (apoderado) legal. |[ ]   |
| R.F.C. *(En caso de contar con el)* |[ ]   |
| C.U.R.P. *(En caso de contar con el)* | [ ]  |  |

|  |
| --- |
| **DECLARATORIA DE PROPIEDAD** |
| Declare el contratante si actúa a nombre y cuenta propia o si actúa a nombre y cuenta de un tercero: |
|[ ]  Declaro que actúo a nombre y cuenta propia. |
|[ ]  Declaro que actúo a nombre y cuenta de un tercero. (*Deberá enviar documento que lo acredite*) |
| **COMENTARIOS ADICIONALES** |
| Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |

Aviso de Privacidad en <https://www.sppseguros.com.mx>

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE Y FIRMA DEL ENTREVISTADO** | **NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN COTEJA** |
| ***“En caso de no firmar de forma física, manifiesto mi voluntad mediante firma digital.”*** | ***“En caso de no firmar en forma física, manifiesto mi voluntad mediante firma digital.”*** |
|  |  |  |  |  |  |
| Escribir nombre | Escribir nombre |
| *\*En caso de actuar a nombre y cuenta de un tercero, se recabarán datos y documentos de identificación del representado\** | *\*Apartado para firma del representante de la Aseguradora y/o Agente\**Nota: (Sólo aplica para el Agente)Declaro bajo protesta de decir verdad que previo a la celebración del contrato, yo agente de seguros celebré la entrevista personal con el cliente o 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 SPP Institución de Seguros SA de CV puede corroborar cuando lo considere necesario |

 **ANEXO 1**

Con base a las disposiciones a las que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aplicables a instituciones y sociedades mutualistas de seguros se deberán proporcionar los siguientes datos de identificación de aquellos que correspondan a personas físicas de **cada uno de los fideicomitentes y fideicomisarios**:

|  |
| --- |
| **FIDEICOMITENTES Y FIDEICOMISARIOS (PERSONAS FÍSICAS)** |
| Nombre completo: | Clic aquí para escribir. | Fecha de nacimiento: | Clic aquí para escribir. |
| C.U.R.P (cuando cuente con ella): | Clic aquí para escribir. | R.F.C.: | Clic aquí para escribir. |
| Nacionalidad: | Mexicana: |[ ]  Extranjera: |[ ]  País de Nacimiento: | Clic aquí para escribir. |
| Entidad de Nac. (Estado): | Clic aquí para escribir. | Actividad Económica: | Clic aquí para escribir. |
| Número de serie del Certificado Digital de la Firma Electrónica Avanzada (FIEL): Cuando se cuente con ella | Clic aquí para escribir. |
| **Dirección:**  | Calle: | Clic aquí para escribir. | No. Exterior: | Clic aquí para escribir. | No. Interior: | Clic aquí para escribir. |
| Colonia: | Clic aquí para escribir. | Delegación o municipio: | Clic aquí para escribir. |
| C.P.: | Clic aquí para escribir. | Ciudad: | Clic aquí para escribir. | Estado: | Clic aquí para escribir. |
| Número de teléfono: | Clic aquí para escribir. | Correo Electrónico: | Clic aquí para escribir. |

**ANEXO 2**

Con base a las disposiciones a las que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aplicables a instituciones y sociedades mutualistas de seguros se deberán proporcionar los siguientes datos de identificación de aquellos que correspondan a personas morales de **cada uno de los fideicomitentes** **y fideicomisarios**:

|  |
| --- |
| **FIDEICOMITENTES Y FIDEICOMISARIOS. (PERSONAS MORALES)** |
| Razón Social: | Clic aquí para escribir. |
| Fecha de Constitución: | Clic aquí para escribir. | Folio Mercantil: (Inscripción RPPyC) | Clic aquí para escribir. |
| Actividad Económica: | Clic aquí para escribir. | Nacionalidad: | Clic aquí para escribir. |
| R.F.C.:  | Clic aquí para escribir. | No. De Identificación Fiscal para Extranjeros:(Solo si aplica) | Clic aquí para escribir. |
| Número de serie del Certificado Digital de la Firma Electrónica Avanzada (FIEL):(Cuando se cuente con ella) | Clic aquí para escribir. |
| **Dirección:** | Calle: | Clic aquí para escribir. | No. Exterior: | Clic aquí para escribir. | No. Interior: | Clic aquí para escribir. |
| Colonia: | Clic aquí para escribir. | Delegación o municipio: | Clic aquí para escribir. |
| C.P.: | Clic aquí para escribir. | Ciudad: | Clic aquí para escribir. | Estado: | Clic aquí para escribir. |
| Número de teléfono: | Clic aquí para escribir. | Correo electrónico: | Clic aquí para escribir. |
| **REPRESENTANTE LEGAL** |
| Nombre: | Clic aquí para escribir. |
| Correo Electrónico: | Clic aquí para escribir. |
| Nacionalidad: | Clic aquí para escribir. | R.F.C.: | Clic aquí para escribir. | C.U.R.P.: | Clic aquí para escribir. |

**ANEXO 3**

Con base a las disposiciones a las que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aplicables a instituciones y sociedades mutualistas de seguros se deberán proporcionar los siguientes datos de identificación del **fiduciario**:

|  |
| --- |
| **PARA FIDUCIARIOS**  |
| Razón Social: | Clic aquí para escribir. |
| Actividad Económica: | Clic aquí para escribir. | Nacionalidad: | Clic aquí para escribir. |
| R.F.C.:  | Clic aquí para escribir. |
| Número de serie del Certificado Digital de la Firma Electrónica Avanzada (FIEL):(Cuando se cuente con ella) | Clic aquí para escribir. |
| **Dirección:** | Calle: | Clic aquí para escribir. | No. Exterior: | Clic aquí para escribir. | No. Interior: | Clic aquí para escribir. |
| Colonia: | Clic aquí para escribir. | Delegación o municipio: | Clic aquí para escribir. |
| C.P.: | Clic aquí para escribir. | Ciudad: | Clic aquí para escribir. | Estado: | Clic aquí para escribir. |
| No. de teléfono: | Clic aquí para escribir. | Correo Electrónico (en su caso): | Clic aquí para escribir. |
| **ADMINISTRADOR** |
| Nombre: | Clic aquí para escribir. |