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

|  |
| --- |
| **DATOS DEL CONTRATANTE** |
| 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 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. |
| Nacionalidad: | Clic aquí para escribir. | R.F.C.: | Clic aquí para escribir.C.U.R.P.: |
| C.U.R.P: | Clic aquí para escribir. |
| Tipo de Identificación Oficial:(*Pasaporte, INE, etc.*) | Clic aquí para escribir. | Número de Identificación Oficial: | Clic aquí para escribir. |

|  |
| --- |
| **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: | Clic aquí para escribir. | Nombre: | Clic aquí para escribir. |

|  |
| --- |
| **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 de dichas operaciones por 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. |
| **ACCIONISTAS** |
| ¿Alguno de los accionistas es menor a 31 años? Sí [ ]  No [ ] En caso afirmativo, indicar los siguientes datos: |
|  | **Nombre** | **Nacionalidad** | **% de Acciones** | **Fecha de Nacimiento** |
| **1** | Clic aquí para escribir. | Clic aquí para escribir. | Clic aquí para escribir. | **Elegir fecha** |
| **2** | Clic aquí para escribir. | Clic aquí para escribir. | Clic aquí para escribir. | **Elegir fecha** |
| **3** | Clic aquí para escribir. | Clic aquí para escribir. | Clic aquí para escribir. | **Elegir fecha** |
| **4** | Clic aquí para escribir. | Clic aquí para escribir. | Clic aquí para escribir. | **Elegir fecha** |
| **5** | Clic aquí para escribir. | Clic aquí para escribir. | Clic aquí para escribir. | **Elegir fecha** |
| **6** | Clic aquí para escribir. | Clic aquí para escribir. | Clic aquí para escribir. | **Elegir fecha** |
| **7** | Clic aquí para escribir. | Clic aquí para escribir. | Clic aquí para escribir. | **Elegir fecha** |
| **8** | Clic aquí para escribir. | Clic aquí para escribir. | Clic aquí para escribir. | **Elegir fecha** |

|  |
| --- |
| **RELACIÓN DE DOCUMENTOS – PERSONAS MORAL** |
| **Documentos** | **Seleccionar SI se envía** | **Adjuntar documento** |
| Testimonio o copia certificada de la escritura constitutiva inscrita en el Registro Público de Comercio. |[ ]   |
| 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. |[ ]   |
| **DOCUMENTOS DEL REPRESENTANTE LEGAL** |
| **Documentos** | **Seleccionar 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** |
| Clic aquí para escribir. |

|  |  |
| --- | --- |
| **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 de 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 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 SPP Institución de Seguros SA de CV puede corroborar cuando lo considere necesario |

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