

Conoce a tu Cliente Persona Moral

Formato para dar cumplimiento al artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y a las Disposiciones de Carácter General del artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

Asegurado Contratante Beneficiario Tercero



Datos Generales

Denominación o Razón Social					R.F.C	
Folio Mercantil	Nacionalidad	Fecha de Constitución	Día Mes Año	Giro Mercantil		
Actividad u Objeto Social	Domicilio			No. Exterior	No. Interior	
Colonia	Código Postal	Delegación o Municipio	Ciudad o Población	Entidad Federativa		
Teléfono de la Empresa	Correo Electrónico	Número de Serie del Certificado de la FIEL (2)				

Estructura Corporativa (Principales Accionistas)

Nombre	Nacionalidad	% del Capital

Datos del Apoderado o Representante Legal

Nombre de administradores, o director, o gerente o apoderado con facultades para celebrar contratos de seguros

Nombre Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres (s)

¿Algunos de los administradores, o director, o gerente general, o apoderados con facultades para celebrar contratos de seguros es o son Personas Políticamente Expuestas?

Si No

Nombre	Definir Cargo

Documentos Anexos

Del Asegurado, Contratante, Beneficiario o Tercero

1.- Acta Constitutiva Si No

2.- Cédula Fiscal o Comprobante de la inscripción a la FIEL Si No

¿Cuál?

2.- Comprobante de domicilio Si No

¿Cuál?

Del Apoderado o Representante Legal

1.- Identificación Oficial Si No

• Tipo de identificación

• Número o Folio

• Emisor

• Vigencia

2.- Documento que acredite su representación (1) Si No

¿Cuál?

Causa o motivo por lo que no se entrega alguno de los documentos

(1) Anexar copia del testimonio o poder notarial de los representantes legales cuando no estén en el acta constitutiva, así como la identificación de éstos. Cuando sea de reciente constitución y no cuente con inscripción en el Registro Público del Comercio, se pedirá escrito firmado por persona legalmente facultada, en el que conste la obligación de llevar a cabo la inscripción respectiva y proporcionar, en su oportunidad, los datos correspondientes a la Aseguradora.

(2) Sólo en el caso de que cuente con ellos.

Manifiesto que la información contenida en este documento es verídica y autorizo a que pueda ser corroborada cuando HDI Seguros, S.A. de C.V., lo considere necesario.

Nombre	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Asegurado, Contratante, Beneficiario o Tercero		Firma

Comprobante de entrevista

En _____, con fecha _____, hago constar que me presenté en el domicilio Ciudad/Estado DD/MM/AAAA

señalado en el presente formato, entrevistándome con el C. _____ para verificar y validar la información asentada corresponde a los documentos entregados por el cliente, y en su caso cotejé dichos documentos con el original y/o copias certificadas que tuve a la vista. Informaré a HDI Seguros, S.A. de C.V. cualquier cambio que conozca respecto de la información del cliente para la correcta actualización de su expediente.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre, y/o clave del quién realizó la entrevista	Firma