

Conoce a tu Cliente Persona Física

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

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombres (s)	
Domicilio Calle		Colonia		No. Exterior	No. Interior
Código Postal	Delegación o Municipio		Ciudad o Población	Entidad Federativa	Nacionalidad
País de nacimiento	CURP y/o R.F.C. (1)		Número de Serie del Certificado de la FIEL (1)		
Teléfono en que se puede localizar			Correo Electrónico (1)		
Fecha de Nacimiento	Día	Mes	Año	Definir cargo	
¿El asegurado o contratante es una persona políticamente expuesta? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>				Identificación Oficial	
¿Mantiene vínculos de parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado con Persona Politicamente Expuesta? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>				• Tipo de Identificación	
Nombre				Parentesco	
				• Número de Folio	
				• Emisor	
				• Vigencia	

Datos del Apoderado (en caso de que se contrate por su conducto)

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre (s)	
Domicilio		Calle		No. Exterior	No. Interior
Colonia	Código Postal	Delegación o Municipio	Ciudad o Población	Entidad Federativa	

Documentos Anexos

Del Asegurado, Contratante, Beneficiario o Tercero	Del Apoderado
1.- Identificación Oficial Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	• Tipo de identificación
2.- Comprobante de domicilio (2) Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	• Número o Folio
¿Cual? _____	• Emisor
3.- Cédula Fiscal o CURP (1) Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	• Vigencia
4.- Comprobante de la inscripción a la FIEL (1) Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Causa o motivo por lo que no se entrega alguno de los documentos y agregar un espacio para que puedan escribir la razón.
5.- Declaración firmada Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	(1) Sólo en el caso de que cuente con ellos. (2) No es necesario incluir un comprobante si el domicilio manifestando es el mismo que aparece en la identificación.
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, así mismo manifiesto que actúo:	
A nombre y por cuenta propia <input type="radio"/> A nombre y cuenta de un tercero <input type="radio"/>	
Nombre _____	
Asegurado, Contratante, Beneficiario o Tercero	Firma

Comprobante de entrevista

En _____, con fecha _____, hago constar que me presenté en el
Ciudad/Estado DD/MM/AAAA
domicilio señalado en el presente formato, entrevistándome con el C. _____ para verificar
y validar que 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.

Nombre, y/o clave del quién realizó la entrevista	Firma
---	-------

HDI Seguros, S.A. de C.V., con domicilio en Paseo de los Insurgentes No. 1701, Colonia Granada Infonavit, C.P. 37306, en la ciudad de León, Guanajuato, tratará sus datos personales para dar seguimiento a los servicios que tenga contratados de forma oportuna y correcta. Para conocer nuestro Aviso de Privacidad Integral visite <http://www.hdi.com.mx>