

FORMATO ÚNICO DE ENTREVISTA

Seguros SURA, S.A. de C.V.

Av. Insurgentes Sur 2475, pisos 22 y 23, col. Barrio Loreto, alcaldía Álvaro Obregón, C.P. 01090, Ciudad de México.

Tel. 55 5723 7999

Favor de llenar este documento con letra de molde y tinta a un solo color azul o negra.

Este formato no será válido si presenta tachaduras, enmendaduras o falta algún dato.

El llenado del presente formato, es con el fin de dar cumplimiento a las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas dentro del capítulo II en su quinta disposición: "La Institución o Sociedad Mutualista de Seguros previo a establecer o iniciar una relación comercial con un Cliente, deberá celebrar una entrevista, a fin de que recabe los datos y documentos de identificación respectivos. Los resultados de la entrevista deberán quedar asentados de forma escrita o electrónica y constar en los Archivos o Registros e integrarse al expediente de identificación del Cliente."

| PERSONA FÍSICA | | | | PERSONA MORAL | | |
|-----------------------------------|--|---|--|-----------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mexicana | <input type="checkbox"/> Extranjera (residente temporal o permanente) | <input type="checkbox"/> De nacionalidad extranjera | <input type="checkbox"/> Comprador de salvamento | <input type="checkbox"/> Mexicana | <input type="checkbox"/> Medidas simplificadas (Sociedades/Dependencia y entidades) | <input type="checkbox"/> Comprador de salvamento |

INFORMACIÓN GENERAL DEL CLIENTE

| | | | | | | |
|-----------------------------|------------------|-----------------------------------|-----------------------|-----|-----|-----|
| Nombre(s) | Apellido paterno | Apellido materno | Fecha de nacimiento | Día | Mes | Año |
| Denominación o razón social | | | Fecha de constitución | Día | Mes | Año |
| R.F.C. con homoclave | Nacionalidad | Firma electrónica avanzada (FIEL) | | | | |

Domicilio particular en el lugar de residencia

| | | | |
|----------------------|--------------------------------------|--------------------|---------------|
| Calle | Número exterior | Número interior | Colonia |
| Alcaldía o municipio | Población o ciudad | Estado | Código postal |
| País | Teléfono particular (con clave lada) | Correo electrónico | |

En caso de ser extranjero

| | |
|----------------------------------|---|
| Países donde es residente fiscal | Número(s) de identificación fiscal en el extranjero |
|----------------------------------|---|

INFORMACIÓN PARA PERSONAS FÍSICAS

| | | | |
|--------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------|
| País de nacimiento | Entidad federativa de nacimiento | C.U.R.P. | Tipo de identificación entregada |
| Número de identificación | País que expide la identificación | Ocupación o profesión | Actividad o giro de negocio |

En caso de residir en el extranjero, indicar si cuentan con domicilio en territorio nacional

| | | | |
|-------|----------------------|--------------------|---------------|
| Calle | Número exterior | Número interior | Colonia |
| País | Alcaldía o municipio | Población o ciudad | Estado |
| | | | Código postal |

INFORMACIÓN PARA PERSONAS MORALES

| | | |
|---|------------------------------|---------------------------------|
| Número de escritura o acta constitutiva | Folio mercantil | Giro, actividad u objeto social |
| Número de identificación fiscal | País que expide el documento | |

Datos de las personas físicas que ejercen el control de la sociedad (que posean o controlen, directa o indirectamente, un porcentaje igual o superior al 25% del capital o de los derechos de voto) o en su defecto, del director general o administrador único.

| Nombre(s) | Apellido paterno | Apellido materno | Fecha de nacimiento | Porcentaje de participación |
|-----------|------------------|------------------|---------------------|-----------------------------|
| | | | Día Mes Año | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

BENEFICIARIO

| | | | | | | |
|-----------------------------|------------------|------------------|-----------------------|-----|-----|-----|
| Nombre(s) | Apellido paterno | Apellido materno | Fecha de nacimiento | Día | Mes | Año |
| Denominación o razón social | | | Fecha de constitución | Día | Mes | Año |

Domicilio

| | | | |
|-------|----------------------|--------------------|---------------|
| Calle | Número exterior | Número interior | Colonia |
| País | Alcaldía o municipio | Población o ciudad | Estado |
| | | | Código postal |

INFORMACIÓN GENERAL DEL CLIENTE

¿Actúa en nombre y cuenta propia? Sí No

En caso negativo mencione el nombre del tercero por el cual actúa

Mencione si usted, desempeña o ha desempeñado en el último año funciones públicas en un país extranjero o en territorio nacional, ha sido jefe de estado o de gobierno, líder político, funcionario gubernamental, judicial o militar de alta jerarquía, alto ejecutivo de empresas estatales, funcionario o miembro de partidos políticos. Sí No

En caso afirmativo describa el puesto

¿Los recursos monetarios utilizados para el pago de su(s) póliza(s) son propios? Sí No

En caso negativo mencione el nombre del tercero por el cual actúa y el origen de los recursos

AVISO DE PRIVACIDAD

Seguros SURA, S.A. de C.V. con domicilio en Av. Insurgentes Sur 2475, pisos 22 y 23, col. Barrio Loreto, alcaldía Álvaro Obregón, C.P. 01090, Ciudad de México; hace del conocimiento a sus Clientes, Proponentes o Solicitudes, Contratantes, Asegurados y Beneficiarios, que sus datos personales serán tratados para evaluar y emitir sus solicitudes de seguro, dar trámite a sus reclamaciones de siniestros, cobrar las primas del seguro, mantener y renovar sus pólizas de seguro, para prevención de fraude u operaciones ilícitas, para estudios estadísticos; así como para todos los fines relacionados con el cumplimiento de nuestras obligaciones existentes entre Usted y SURA. Le informamos que sus datos personales podrán ser tratados para finalidades secundarias como son el ofrecimiento y promoción de bienes, productos y servicios y/o prospección comercial. Nuestro Aviso de Privacidad Integral así como sus modificaciones, estarán a su disposición en la página de Internet www.segurossura.com.mx, a través de comunicados colocados en nuestras oficinas y sucursales o informados mediante cualquier medio de comunicación que tengamos con Usted.

| | |
|--|---------------|
| Nombre y firma del cliente o representante legal | Lugar y fecha |
|--|---------------|

EXCLUSIVO AGENTES O EJECUTIVO DE NEGOCIO (para uso exclusivo de la compañía)

¿Le consta que el cliente llenó y firmó este formato? Sí No

Manifiesto que he realizado una entrevista personal con el cliente o representante legal que solicita el presente seguro, con la finalidad de obtener los datos personales que fueron asentados en este formato y así mismo, validé y cotejé toda la documentación entregada por el cliente contra los documentos originales, incluyendo su identificación oficial.

| | | | | |
|--|--------------|------------------|---------------|-------|
| Nombre del agente o ejecutivo de negocio | Clave número | Oficina de envío | País de envío | Firma |
| | | | | |

ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL



Seguros SURA, S.A. de C.V.

Av. Insurgentes Sur 2475, pisos 22 y 23, col. Barrio Loreto, alcaldía Álvaro Obregón, C.P. 01090, Ciudad de México.

Tels. 55 5723 7999

Favor de llenar este documento con letra de molde y tinta a un solo color azul o negra.

Este formato no será válido si presenta tachaduras, enmendaduras o falta algún dato.

Información general

| Nombre(s) | Apellido paterno | Apellido materno |
|-----------|------------------|------------------|
| | | |

En este acto manifiesto que de acuerdo con el artículo 7 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, me fueron entregados y explicados los términos y condiciones del contrato de seguro que refiero a continuación, por lo que ratifico que conozco su alcance, aceptándolos de conformidad.

| Número de póliza | Nombre del seguro contratado |
|------------------|------------------------------|
| | |

| Nombre del cliente | Firma del cliente |
|--------------------|-------------------|
| | |

Lugar y fecha