

## Formato Único de Entrevista

El llenado del presente formato, es con el fin de dar cumplimiento al Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas : Quinta. La Aseguradora 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 e integrarse al expediente de identificación del Cliente.

### PERSONA FÍSICA

Mexicana  Extranjera (residente temporal o permanente)  De Nacionalidad Extranjera

### PERSONA MORAL

Mexicana  Extranjera  Medidas Simplificadas (Sociedades / Dependencias y Entidades)  Fideicomiso

I. Información General (Aplica para personas físicas y morales)			
Nombre y/o Denominación o Razón Social			
Fecha de Nacimiento o Fecha de Constitución		Día:	Mes: Año:
Registro Federal de Contribuyentes (Con Homoclave)			
Número de Serie del Certificado Digital de la Firma Electrónica Avanzada (si cuenta con ella)			
Nacionalidad			
Domicilio: Calles, Número exterior, número interior			
Colonia, Código Postal, Alcaldía, Municipio			
Teléfono con Clave lada			
Correo Electrónico			
II. Datos Adicionales para Persona Moral			
Número de Escritura Pública / Acta Constitutiva			
Número del Registro Publico de Comercio / Folio Mercantil			
Giro Mercantil / Actividad / Objeto Social (Origen de Recursos)			
Destino de los Recursos			
Nombre (s) a apellidos paterno y materno, sin abreviaturas, del administrador o administradores, director, gerente general o apoderado que, con su firma, pueda (n) obligar a la persona moral para efectos de la celebración de la operación de que se trate.			
Nombre(s)		Apellido Paterno	Apellido Materno
_____		_____	_____
_____		_____	_____
_____		_____	_____
III. a) Datos Adicionales para Personas Físicas			
Medio de identificación <small>Licencia, IFE, INE, Cédula, Pasaporte u otro</small>		Folio de identificación	CURP
Detallar: Ocupación / Profesión / Actividad a la que se dedica (Origen de los Recursos)		País de Nacimiento:	
<b>b) Beneficiario</b> (en su caso)			
Beneficiario: (Razón Social o Nombre (s) - A. Paterno - A. Materno) _____			
Fecha de Nacimiento / Constitución: Día: Mes: Año:			
Domicilio _____			
c) Declaración Firmada			
¿Actua a nombre y a cuenta propia?		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Definir nombre _____	
¿Desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en México o en el Extranjero en el último año? *1		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Definir cargo _____	
En caso de haber marcado algún desempeño o función pública destacada, deberá integrar el expediente completo, actualizarlo anualmente y proporcionar la información del inciso d y de la sección V.			Nombre y firma _____

\*1 Persona Políticamente Expuesta : Individuo que desempeña o ha desempeñado funciones destacadas en un país extranjero o en territorio nacional, considerando, entre otros, a los jefes de estado o de gobierno, líderes políticos, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos de empresas estatales o funcionarios o miembros importantes de partidos políticos.

d) Datos del Cónyuge				
Nombre Completo				
Fecha de Nacimiento	Sexo	Dirección Calle y Número		
	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>			
Medio de identificación Licencia, IFE, INE, Cédula, Pasaporte u otro		Colonia, Alcaldía, C.P.		
Folio de la identificación		Teléfono:		Correo electrónico:
Dependientes Económicos				

**IV. ALTO RIESGO a) Si su giro o actividad está relacionada con alguna de las siguientes opciones, marque con una X:**

- Juegos con apuesta, concursos o sorteos, así como centros nocturnos
- Comercialización o intermediación habitual o profesional de Metales Preciosos, Piedras Preciosas, joyas, relojes, minería.
- Servicios para el blindaje de vehículos terrestres y a bienes inmuebles.

**En caso de haber seleccionado alguna de las opciones anteriores, deberá integrar el expediente completo, actualizarlo anualmente y cuando aplique proporcionar la siguiente información:**

**b) Estructura Corporativa:**

Nombre del accionistas	Nacionalidad	% de Capital Social
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**V. Sociedades y Asociaciones Con Quien Mantenga Vínculos Patrimoniales**

Razón Social				
Fecha de Constitución	Dirección Calle y Número			
R.F.C.	Colonia / Alcaldía	C.P.	Teléfono:	Correo electrónico:
Número de Escritura Pública / Acta Constitutiva				
Número del Registro Publico de Comercio / Folio Mercantil				
Giro Mercantil / Actividad / Objeto Social (Origen de Recursos)				
Nombre (s) del Representante (s) y/o Apoderado (s) Legal				

NOMBRE Y FIRMA DEL CLIENTE/REPRESENTANTE LEGAL	NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN COTEJA (AGENTE Y/O EJECUTIVO DE NEGOCIO)

**AVISO DE PRIVACIDAD**

Seguros SURA S.A. de C.V. con domicilio en Blvd. Adolfo López Mateos No. 2448, Colonia Altavista, C.P. 01060 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](http://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.