

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