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 articulo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

HDI 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 Electónico | 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.

Manifiestoque 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

Asegurado, Contratante, Beneficiario o Tercero | Firma

Comprobante de entrevista

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

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