

Formato único de identificación del cliente

| Fecha | | |
|--|---|---|
| Día | Mes | Año |
| | | |
| Datos Generales del Cliente/Contratante* | | |
| Razón o Denominación Social/ Nombre completo (Apellido paterno, apellido materno, nombre(s)) | | Régimen de Capital (personas morales) |
| Nacionalidad | | |
| Fecha de Nacimiento | | Fecha de Constitución |
| Día | Mes | Año |
| | | |
| País de nacimiento (personas físicas) | | Entidad federativa de nacimiento (personas físicas) |
| R.F.C. | letras | año |
| mes | día | homoclave |
| No. de serie del certificado digital de la Firma Electrónica Avanzada (si cuenta con ella) | | |
| Ocupación o actividad económica (personas físicas) | | Régimen Fiscal |
| Objeto Social o Giro (personas morales) | | |
| Folio Mercantil (personas morales) | No. de identificación fiscal extranjeros (opcional personas físicas / obligatorio personas morales) | País emisor |
| CURP | | |
| Domicilio de residencia en México | | |
| Calle | | No. Exterior |
| | | No. Interior |
| Colonia | Municipio o Alcaldía | Entidad Federativa |
| Ciudad o población | Código postal | Clave Lada |
| Teléfono particular | | Correo electrónico o página de Internet |
| Domicilio fiscal del Contratante en México* | | |
| Calle | | No. Exterior |
| | | No. Interior |
| Colonia | Código postal | Municipio o Alcaldía |
| Entidad Federativa | | |
| * Los datos deben ser los mismos que aparezcan en la Constancia de Situación Fiscal Actualizada, de lo contrario, todo documento fiscal se emitirá con datos de cliente genérico, lo que podría generar contratiempos en sus declaraciones. | | |
| Domicilio de Residencia en el Extranjero (en caso de que aplique) | | |
| | | |
| Representante Legal (Apellido paterno, apellido materno y nombre(s)) | | |
| | | |
| Datos de personas físicas que ejercen el control de la sociedad (exclusivo para clientes persona moral) | | |
| ¿La persona moral o su subsidiaria, de la cual posee más del 50% del capital, cotiza en la Bolsa Mexicana de Valores o en mercados de valores del exterior reconocidos? | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿La persona moral está constituida legalmente en el extranjero? | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| En caso de que alguna de las respuestas sea positiva, podrá omitir el llenado del siguiente recuadro | | |
| 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 del administrador único. | | |
| Apellido paterno, apellido materno y nombre(s) | Fecha de nacimiento | % de participación / administrador / director general |
| | | |
| | | |
| | | |
| Declarativa del Representante Legal (opcional solo si se entregaron las identificaciones de las personas que ejercen el control) | | |
| Manifiesto que los datos proporcionados en el apartado anterior son reales y se encuentran actualizados, si cambian durante la vigencia de la póliza, me obligo a informar de manera inmediata a GNP. | | |
| Nombre completo y firma del cliente, contratante, asegurado o representante legal | | |
| Datos Personales y consentimiento | | |
| Grupo Nacional Provincial, S.A.B., con domicilio en Avenida Cerro de las Torres No. 395, Colonia Campestre Churubusco, Código Postal 04200, Alcaldía Coyoacán, Ciudad de México, tratará sus datos personales y patrimoniales para prevención y detección de fraude y operaciones ilícitas. Puede consultar la versión integral del Aviso de Privacidad en la página www.gnp.com.mx. | | |
| Reconozco que previo a proporcionar mis datos personales se ha puesto a mi disposición el Aviso de Privacidad Integral de Grupo Nacional Provincial, S.A.B. (en lo sucesivo GNP), el cual he leído y comprendido, por lo que tengo conocimiento de (i) la identidad y domicilio de GNP; (ii) los datos personales que serán sujetos a tratamiento; (iii) las finalidades primarias y secundarias del tratamiento, así como las transferencias que van a efectuarse; (iv) los medios habilitados para limitar el uso o divulgación de mis datos personales y/o revocar mi consentimiento, así como para ejercer mis derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición. Asimismo manifiesto tener conocimiento que puede consultar el Aviso de Privacidad Integral y sus actualizaciones en cualquier momento en la página www.gnp.com.mx. Por lo anterior, en mi carácter de titular y una vez que he sido informado sobre el tratamiento al que serán sujetos mis datos personales, otorgo mi consentimiento expreso y por escrito para que Grupo Nacional Provincial, S.A.B. trate mis datos personales en términos de lo señalado en el referido Aviso de Privacidad. | | |
| En caso de haber proporcionado datos personales de otros titulares y/o ser representante legal de una persona moral, reconozco haber cumplido con mi obligación de informarles sobre su entrega, haber obtenido de forma previa el consentimiento de éstos para su tratamiento, así como haberles informado los lugares en los que se encuentra disponible el Aviso de Privacidad Integral para su consulta. | | |
| Entiendo que el consentimiento para el tratamiento de mis datos personales no será necesario cuando la finalidad del tratamiento sea cumplir obligaciones derivadas de la relación jurídica que en su caso se establezca, tal como lo sería la formalización del contrato de seguro. | | |
| Nombre completo y firma del cliente, contratante, asegurado o representante legal | | |
| Declarativa de actuación por cuenta propia (exclusivo para Personas Físicas). Aplica en caso de contratación, renovación y rehabilitación de póliza. | | |
| Declaro bajo protesta de decir verdad que la contratación descrita en la presente Solicitud se realiza con recursos propios y únicamente en beneficio del Contratante descrito en este documento. Lo anterior, de conformidad con las Políticas en materia de Prevención de Lavado de Dinero o en materia de Identificación de Clientes, según corresponda. | | |
| Fechado en _____ el día _____ de _____ del año _____ | | |
| Nombre completo y firma del cliente, contratante, asegurado o representante legal | | |
| Entrevista personal. Aplica en caso de contratación, renovación y rehabilitación de póliza. | | |
| El agente que suscribe realizó una entrevista personal con el Contratante 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, validó la identificación oficial exhibida por éste. | | |
| Tipo de Identificación | Organismo que emite la identificación | Folio o número |
| | | |
| Nombre completo y firma del agente, ejecutivo o promotor | | |