

Sucursal: _____ Fecha de elaboración (DD/MM/AAAA): _____

Datos generales del cliente

<input type="checkbox"/> Nacional <input type="checkbox"/> Extranjero		Nacionalidad:
No. de cliente / póliza:	Persona Física:	Persona Física con actividad empresarial:
Nombre(s):	Apellido paterno:	Apellido materno:
Profesión y/o actividad económica:		
Estado civil:		
¿El cliente es ciudadano o reside en un país o territorio con régimen fiscal preferente?		
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, específica: _____		

En caso de que el cliente resida en el extranjero ¿cuáles son las razones por las que desea contratar el producto o servicio en territorio nacional?

Cónyuge y/o dependientes económicos

Nombre	Fecha de nacimiento	RFC, CURP o FEA*	Nacionalidad	Domicilio
Profesión / actividad económica	Correo electrónico*	País de nacimiento	Entidad Federativa de nacimiento	Teléfono

* Cuando cuente con ellos

Fuentes de ingresos (origen de los recursos)

Por empleo

Datos del empleo actual:

Nombre de la empresa, dependencia o entidad:	Giro o actividad:
Ingreso mensual:	Otros ingresos (bonos, gratificaciones, compensaciones, etc.):

Por negocio propio

Datos del negocio propio:

Nombre comercial del negocio:	Giro o actividad:		
Calle:	Núm. Ext.:	Núm. Int.:	Colonia:
Delegación:	Estado:	C.P.:	
Teléfono(s) y fax:	Página web (se deberá verificar que la información proporcionada por el cliente coincida con la que aparezca en la página web):		
Cargo que tiene el entrevistado en el negocio:	Tiempo que ha operado el negocio:		
Número de empleados:	Ingreso anual aproximado:		

¿Está el domicilio del negocio o el mercado geográfico principal en un país o territorio con régimen fiscal preferente (paraíso fiscal)?

No Sí, específica: _____

Derivados de su carácter de socio de una sociedad mercantil

Datos de la sociedad:

Denominación y/o Razón Social::		Objeto social:	
País de constitución:		Fecha de constitución:	
REGISTRO FEDERAL DE CAUSANTES (10 POSICIONES) + HOMOCLAVE: 			
Calle:	Núm. Ext.:	Núm. Int.:	Colonia:
Delegación / municipio:	Estado:		C.P.:
País:	Teléfono(s) y fax:	Página web (se deberá verificar que la información proporcionada por el cliente coincida con la que aparezca en la página web):	
Cargo que tiene el entrevistado en el negocio:		Tiempo que ha operado el negocio:	
Número de empleados:		Ingreso anual aproximado de los negocios:	

¿Es una entidad de beneficencia?

No *Sí, específica:*

Si este fuera el caso ¿está autorizado para recibir donaciones del público en general?

No *Sí, específica:*

En caso de así serlo, ¿cual es la fecha en que se publicó dicha autorización en el Diario Oficial de la Federación?

¿Está el domicilio del negocio o el mercado geográfico principal en un país o territorio con régimen fiscal preferente (paraíso fiscal)?

No *Sí, específica:*

Otras fuentes de ingreso (especificar montos aproximados)

Especificar solo la otra fuente de ingreso:

¿El cliente, su negocio, o la sociedad o asociación en que participa como socio o asociado, mantiene relaciones comerciales con alguna dependencia o entidad gubernamental, nacional o extranjera?

No *Sí, específica:*

Personas políticamente expuestas

¿El cliente es o ha sido en los últimos 12 meses una persona políticamente expuesta nacional o extranjera?

No *Sí, indicar puesto y la dependencia a la que pertenece:*

¿El cliente es socio o asociado de una persona políticamente expuesta nacional o extranjera, o que haya tenido este carácter?

No *Sí, indicar nombre y cargo:***Nota:** tener en cuenta que se equiparan a las personas políticamente expuestas: el cónyuge y los parientes consanguíneos y por afinidad hasta el segundo grado, así como sus socios o asociados.

Si el cliente es un PEP Asimilado, llenar los datos de la Persona Políticamente Expuesta

Nombre(s):	Apellido paterno:	Apellido materno:	
Calle:	Núm. Ext.:	Núm. Int.:	Colonia:
Delegación / municipio:	Estado:		C.P.:
País:	Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA):		

Proveedor de recursos

Aquella persona que, sin ser el titular de una cuenta abierta en una Entidad, aporta recursos a esta de manera regular sin obtener los beneficios económicos derivados de esa cuenta u operación.

Proveedor de recursos Persona Física

Nombre(s):	Apellido paterno:	Apellido materno:	
Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA):	Nacionalidad:	Profesión / actividad:	
REGISTRO FEDERAL DE CAUSANTES (10 POSICIONES) + HOMOCLAVE: 			
CURP (18 POSICIONES): 			
Calle:	Núm. Ext.:	Núm. Int.:	Colonia:
Delegación / municipio:	Estado:	C.P.:	País:
Teléfono casa / oficina (Clave lada + Número + Ext.):	Teléfono celular:		Correo electrónico:

En caso de que el proveedor de los recursos sea una Persona Moral, mercantil o sociedades o asociaciones civiles:

Denominación y/o Razón Social::					Fecha de constitución (DD/MM/AAAA):				
Actividad económica:					Nacionalidad:				
REGISTRO FEDERAL DE CAUSANTES (10 POSICIONES) + HOMOCCLAVE:									
Teléfono(s):					Página web:				
Calle:			Núm. Ext.:		Núm. Int.:		Colonia:		
Delegación / municipio:			Estado:				C.P.:		
País:					Tiempo de residir en esa dirección:				

Propietarios reales

¿Los recursos que se destinarán a la operación del producto o servicio solicitado son propiedad del cliente o provienen de un tercero?

En caso provenir de un tercero, detalla el nombre, fecha de nacimiento, nacionalidad, país de nacimiento, teléfono, domicilio, RFC, CURP o FEA, actividad económica y (%) de propiedad de los recursos de cada uno de los mismos:

Nombre	Fecha de nacimiento	RFC, CURP o FEA*	Nacionalidad	Domicilio	
Profesión / actividad económica	Correo electrónico*	País de nacimiento	Entidad Federativa de nacimiento	Teléfono	

* cuando cuente con ellos

En caso de que el propietario real de los recursos sea una Persona Moral, mercantil o sociedades o asociaciones civiles, detalla el nombre de los accionistas, y en su caso socios o asociados fundadores, de acuerdo con el acta constitutiva, y las que emanen de ella:

Denominación y/o Razón Social::					Fecha de constitución:				
Nacionalidad:					Capital Social de la Persona Moral:				
Domicilio:									
Actividad económica:									
REGISTRO FEDERAL DE CAUSANTES (10 POSICIONES) + HOMOCCLAVE:									
Correo electrónico:					Teléfono(s):				

Nombre	Fecha de nacimiento	RFC, CURP o FEA*	Nacionalidad	Domicilio	
Profesión / actividad económica	Correo electrónico*	País de nacimiento	Entidad Federativa de nacimiento	Teléfono	

Indicar quién tiene el control de las empresas que forman parte del capital social de las empresas

Datos del responsable del cuestionario

Consideraciones del responsable del llenado del cuestionario

Resultado de la visita domiciliaria practicada, de acuerdo a las características del cliente.

Nota: ir al anexo de reporte de visita ocular.

Nombre y firma del promotor

Nombre y firma del subdirector regional