

Sucursal: \_\_\_\_\_ Fecha de elaboración (DD/MM/AAAA): \_\_\_\_\_

### Datos generales del cliente

Nacional

Extranjero

Nacionalidad: \_\_\_\_\_

No. de cliente / póliza: \_\_\_\_\_

Denominación y/o Razón Social: \_\_\_\_\_

Actividad económica: \_\_\_\_\_

Cuenta con página web:

No  Sí, ¿cuál es? (se deberá verificar que la información proporcionada por el cliente coincida con la que aparezca en la página web): \_\_\_\_\_

### Datos generales del apoderado entrevistado

Nombre(s): \_\_\_\_\_

Apellido paterno: \_\_\_\_\_

Apellido materno: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA): \_\_\_\_\_

País de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Facultades otorgadas por el cliente al entrevistado: \_\_\_\_\_

**Nota:** en caso de existir más de un apoderado, deberán completarse los datos de identificación de cada uno de ellos y señalar las facultades que el cliente les haya otorgado.

### Estructura corporativa

Detalle de principales accionistas (aquellos que tengan más del 9% de las acciones):

Nombre	Fecha de nacimiento	Nacionalidad	RFC, CURP o FEA	Cargo o puesto y/o actividad profesional	(%) accionario

### Información adicional de la empresa

Ingreso anual aproximado: \_\_\_\_\_

¿El cliente está constituido, se encuentra establecido o tiene su domicilio principal de operación en un país o territorio con régimen fiscal preferente (paraíso fiscal)?

No  Sí, ¿dónde?: \_\_\_\_\_

En caso de que el cliente esté constituido o se encuentre establecido en el extranjero ¿cuáles son las razones por las cuales desea contratar el producto o servicio en territorio nacional?

¿El cliente es una entidad financiera o banco (shell bank) sin local físico?

No  Sí, solicita a tu superior jerárquico autorización para otorgar el producto o servicio solicitado.

### Fuentes de ingresos (origen de los recursos)

#### Derivada de la actividad

Proporcionar una descripción del tipo de negocios que realiza: \_\_\_\_\_

Ventas / Ingresos anuales \_\_\_\_\_

¿El cliente tiene otra fuente de ingresos?

No  Sí  Especificar: \_\_\_\_\_

## Otras relaciones

## Personas políticamente expuestas

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

No  Sí, indicar nombre, puesto y la dependencia a la que pertenece.

¿Existen o han existido en los últimos 12 meses personas políticamente expuestas o figuras públicas nacionales o extranjeras involucradas en la propiedad o manejo del cliente?

No  Sí, indicar nombre, puesto y la dependencia a la que pertenece.

**Nota:** tener en cuenta que se equiparán 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 alguno de los accionistas de la empresa es una PPE, favor de llenar la siguiente información:

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

## Relaciones con dependencias o entidades gubernamentales

¿El cliente mantiene relaciones comerciales con alguna dependencia o entidad gubernamental, nacional o extranjera?

No  Sí, cuál(es):

## Entidades de beneficencia

El cliente es una entidad de beneficencia:

No  Sí

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

No  Sí

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

¿Quiénes son sus principales donantes / proveedores de recursos?

¿Recibe donaciones del extranjero?:

No  Sí

¿Tiene identificados quiénes son?

¿Las donaciones que el cliente recibe del extranjero provienen o pudiesen provenir de algún país con régimen fiscal preferente (paraíso fiscal)?

No  Sí, ¿cuál?

¿El cliente tiene donadores que aporten el un monto equivalente o superior a 10 mil dólares de los EEUU?

No  Sí, ¿quién?

## 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):	Lugar de nacimiento:	Nacionalidad:	
REGISTRO FEDERAL DE CAUSANTES (10 POSICIONES) + HOMOCLAVE:			
CURP (18 POSICIONES):			
Profesión / Actividad:			
Calle:	Núm. Ext.:	Núm. Int.:	Colonia:
Delegación / municipio:	Estado:	C.P.:	
Teléfono (Clave lada + Número + Ext.):	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) + HOMOClave:			
Teléfono(s):		Página web:	
Calle:	Núm. Ext.:	Núm. Int.:	Colonia:
Delegación / municipio:	Estado:		C.P.:
Ciudad o 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*	(%) de propiedad de los recursos	País 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:	
Actividad económica:		Capital Social de la Persona Moral:	
Nacionalidad:		Domicilio:	
REGISTRO FEDERAL DE CAUSANTES (10 POSICIONES) + HOMOClave:			
Correo electrónico:		Teléfono(s):	

Nombre	Fecha de nacimiento	RFC, CURP o FEA*	Nacionalidad	Domicilio

Profesión / actividad económica	Correo electrónico*	(%) de propiedad de los recursos	País 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