



TÉRMINOS Y CONDICIONES SEGURO EFECTIVO BANCOPPEL

CONTENIDO

1. **Identificación del Programa**
2. **Personas Elegibles**
3. **Territorialidad**
4. **Tiempo Máximo de Reclamo**
5. **Vigencia del Programa**
6. **Cobertura – Titular de la Cuenta**
 - 6.1 **Alcance de la Cobertura**
 - 6.2 **Vigencia de la Cobertura por Retiro**
7. **Glosario de Términos y Definiciones**
8. **Detalle de Asistencias**
 - 8.1 **Asistencia Legal Telefónica**
 - 8.2 **Ambulancia**
9. **Indemnización por Robo en Cajero Automático**
 - 9.1 **Documentación para Indemnización por Robo en Cajero Automático**
 - 9.2 **Exclusiones para la Indemnización por Robo en Cajero Automático**
10. **Indemnización por Muerte Accidental por Robo en Cajero Automático**
 - 10.1 **Documentación para Indemnización por Muerte Accidental**
11. **Exclusiones Generales**



TÉRMINOS Y CONDICIONES SEGURO EFECTIVO BANCOPPEL

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROGRAMA

La presente cobertura forma parte de un programa brindado por ARSA Asesoría Integral Profesional (en adelante, "ARSA", razón social) para clientes elegibles de Bancoppel, con respaldo de aseguradora, conforme a las condiciones aplicables del programa.

Esta cobertura aplica cuando ocurre un robo con violencia, que se realice en contra de cada prospecto, sobre el dinero retirado de las tarjetas de crédito y/o débito de BanCoppel, en los cajeros automáticos de BanCoppel.

2. PERSONAS ELEGIBLES

Podrán ser elegibles para esta cobertura los clientes titulares de tarjeta que realicen un retiro de efectivo en cajeros de Bancoppel, conforme a los criterios del programa vigente.

3. TERRITORIALIDAD

Eventos ocurridos exclusivamente dentro de la República Mexicana.

4. TIEMPO MÁXIMO DE RECLAMO

24 horas naturales siguientes a su realización.

5. VIGENCIA

El programa tiene una vigencia de 8 (ocho) horas (480 minutos) contados a partir del momento que se hace el retiro en el Cajero Automático de BanCoppel. Para el servicio de Ambulancia tiene 3 (tres) meses.

6. COBERTURA

Titular de la cuenta

6.1 ALCANCE DE LA COBERTURA

Aplica únicamente sobre el monto efectivamente retirado.

El retiro debe poder acreditarse con ticket/comprobante, donde se visualice la fecha y hora del movimiento.

6.2 VIGENCIA DE LA COBERTURA POR RETIRO

La cobertura individual inicia a partir del momento del retiro (hora indicada en el Ticket o comprobante) y tiene una vigencia de: **8 horas (480 minutos) contadas desde el retiro**



7. GLOSARIO DE TÉRMINOS DEFINICIONES

- a) **Cajero Automático:** dispositivo BanCoppel que permite realizar diversas operaciones bancarias, entre ellas, consultar el saldo de la cuenta y obtener dinero en efectivo. Para usarlo se necesita utilizar la tarjeta de crédito o débito.
- b) **Centro De Soluciones (CDS):** espacio físico en donde los coordinadores atienden los servicios de asistencia.
- c) **Coordinador:** persona que forma parte de la Centro de Soluciones (CDS).
- d) **Emergencia:** definida como una lesión o enfermedad que plantean una amenaza inmediata para la vida de una persona y cuya asistencia no puede ser demorada.
- e) **Enfermedad:** cualquier alteración en la salud del Usuario y/o beneficiario que suceda, se origine o se manifieste durante la vigencia del presente contrato.
- f) **Enfermedad grave:** se define como la aparición súbita e inesperada de manifestaciones con o sin pérdida de la conciencia cuya gravedad da la impresión de muerte inminente.
- g) **Servicios:** las actividades que presta iké a los Usuarios en los términos de estas condiciones generales.
- h) **Situación de asistencia:** todo accidente o enfermedad de un Usuario y/o beneficiario ocurridos en los términos y con las limitaciones establecidas en estas condiciones generales, así como las demás situaciones descritas que dan derecho a la prestación de los servicios.
- i) **Ticket/comprobante:** ticket, boleta, papeleta o comprobante expedido por el cajero automático de BanCoppel por transacción individual en donde se indique la hora en que se realiza la operación y la entrega del dinero.
- j) **Urgencia:** se considera urgencia a toda situación que, en opinión del paciente, su familia o quien quiera que tome la decisión, requiera una atención médica inmediata.
- k) **Usuario:** toda persona que tenga acceso a los servicios descritos en estas condiciones generales.



TÉRMINOS Y CONDICIONES SEGURO EFECTIVO BANCOPPEL

8. DETALLE DE ASISTENCIAS

8.1 ASISTENCIA LEGAL TELEFÓNICA

En caso de que el tarjetahabiente haciendo uso de su tarjeta que haya sido expedida por BanCoppel, sea víctima de un asalto dentro del cajero automático o bien cuando este sea obligado a disponer de efectivo de un cajero automático mediante el uso de dicha tarjeta. Iké Asistencia garantizará la asesoría telefónica de nuestros abogados que le asistirá para efectos de realizar la denuncia correspondiente ante la autoridad respectiva, de acuerdo con el lugar donde haya ocurrido el evento.

Servicio ilimitado y sin costo durante la vigencia del programa.

8.2 AMBULANCIA

Iké cubrirá los gastos del traslado del Usuario en ambulancia terrestre hasta el centro hospitalario más cercano y adecuado para su atención en la ciudad donde se encuentre, siempre y cuando se trate de un servicio de emergencia, urgencia, enfermedad agravada o accidente. La recepción hospitalaria es responsabilidad de usuario o paciente. Este servicio se brinda en ciudades principales de la república mexicana y donde la infraestructura médica lo permita.

LIMITACIONES:

Este servicio está limitado a 1 (un) eventos sin costo con vigencia de 3 meses.

9. ROBO EN CAJERO

Se cubre dinero en efectivo a consecuencia del robo al tarjetahabiente mediante el uso de la fuerza o violencia, sea moral o física, dentro de las siguientes 8 (ocho horas) de haber realizado el retiro. La responsabilidad de la aseguradora es el monto del efectivo retirado y nunca podrá superar el monto máximo permitido en los cajeros de Bancoppel, debiendo comprobar por parte del tarjetahabiente el retiro en efectivo de ese día.

Servicio limitado a 1 (un) evento durante la vigencia del Seguro y se pagará la suma asegurada hasta el monto máximo que se pueda disponer en el cajero.

9.1 DOCUMENTACIÓN PARA LA INDEMNIZACIÓN POR ROBO EN CAJERO

- A. **Escrito firmado** que contenga una descripción de los hechos, nombre completo, datos de contacto (teléfono y/o correo), terminación de la TD con la que realizó el retiro, fecha, hora y monto del retiro, hora aproximada del siniestro (robo), dirección y sucursal del Banco donde realizó el retiro, monto que se reclama y núm. de expediente.
- B. Copia de **identificación oficial vigente** (ambos lados).
- C. **Comprobante de domicilio** (vigencia no mayor a 2 meses).



TÉRMINOS Y CONDICIONES SEGURO EFECTIVO BANCOPPEL

- D. **Ticket/comprobante de retiro o notificación de retiro** que recibe por mensaje SMS o correo, en el que se verifique de manera completa la terminación de la tarjeta, monto, fecha, hora y lugar de la disposición de efectivo.
- E. **Ticket/comprobante** de la adquisición del Seguro.
- F. **Estado de cuenta original o electrónico** (descargado de banca en línea), que refleje la disposición de efectivo y la compra del Seguro *Cubrir los primeros 12 dígitos de la tarjeta, en todas las hojas donde aparezca este dato.
- G. **Estado de cuenta vigente** para depósito (No debe ser Tarjeta de crédito y la vigencia no debe ser mayor a 3 meses).
- H. **Acta de denuncia** debidamente **ratificada** ante las autoridades correspondientes (Ministerio público) Es importante que contenga **descripción de los hechos desde que realizó el retiro hasta la ocurrencia del robo**, dirección del cajero BanCoppel donde realizó el retiro, hora y monto de la disposición, lugar y hora de robo).
- I. **Formato único de conocimiento** del cliente "KYC". *Llenar solo los apartados que están en color amarillo.

9.2 EXCLUSIONES PARA LA INDEMNIZACIÓN DE ROBO EN CAJERO AUTOMÁTICO

- A. DINERO PORTADO POR MENORES DE EDAD.
- B. RETIROS CELEBRADOS POR MENORES DE EDAD
- C. ROBO A PERSONA DISTINTA DEL CLIENTE TITULAR DE LA TARJETA.
- D. MONTO DE EFECTIVO QUE ESTÉ POR ARRIBA DEL LÍMITE MÁXIMO DE ESTA COBERTURA, YA SEA POR RETIRO O TRASLADO.
- E. CUANDO EL ASEGURADO ESTÉ SEÑALADO COMO IMPUTADO DENTRO DE UNA INVESTIGACIÓN O PROCESO PENAL ADELANTADO POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES POR LA COMISIÓN DE DELITOS RELATIVOS AL PATRIMONIO.
- F. CUANDO EL ASEGURADO HAYA SIDO CONDENADO POR LA COMISIÓN DE DELITOS RELATIVOS AL PATRIMONIO DENTRO DE LOS CINCO AÑOS ANTERIORES.
- G. CUANDO HAYA SIDO SEÑALADO POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES O POR ELLA MISMA COMO MIEMBRO DE UNA AGRUPACIÓN, ASOCIACIÓN U ORGANIZACIÓN ILÍCITA.
- H. CUALQUIER OTRA CANTIDAD DE DINERO QUE, EN ADICIÓN A AL RETIRO, ESTÉ EN POSESIÓN DEL CLIENTE.
- I. CUANDO EL DINERO RETIRADO SEA PRODUCTO DE UNA ACTIVIDAD ILÍCITA.
- J. RETIRO DE EFECTIVO POR UN TERCERO CUANDO SE LE HUBIESE EXTRAVIADO O ROBADO LA TARJETA AL TITULAR.
- K. ESTADO DE INCAPACIDAD MENTAL. - POR CUALQUIER OTRO MEDIO O ILÍCITO DISTINTO AL ROBO CON VIOLENCIA, TALES COMO, PERO NO LIMITADO A: ROBO SIN VIOLENCIA, HURTO, EXTRAVIÓ, FRAUDE, EXTORSIÓN, ABUSO DE CONFIANZA
- L. COMISIÓN DE ACTOS SANCIONADOS POR EL CÓDIGO PENAL, EN LOS QUE PARTICIPE EL CLIENTE.



TÉRMINOS Y CONDICIONES SEGURO EFECTIVO BANCOPPEL

10. INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL POR ROBO EN CAJERO AUTOMÁTICO:

La Compañía pagará la suma asegurada a los beneficiarios de esta cobertura, si el Asegurado fallece dentro del Periodo de Cobertura que señale la carátula de la póliza, a consecuencia de haber sido víctima de un robo o tentativa de éste, siempre que éste ocurra durante el uso de un cajero automático o electrónico o dentro de un área de 150 metros alrededor del cajero electrónico de BanCoppel después de haber hecho uso del mismo.

Servicio limitado a 1 (un) evento durante la vigencia del Seguro y se pagará la suma asegurada hasta \$ 100,000 (cien mil pesos 00/100 M.N.).

10.1 DOCUMENTACIÓN PARA LA INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL POR ROBO EN CAJERO AUTOMÁTICO

- A. Escrito firmado que contenga una breve descripción de los hechos, nombre completo, datos de contacto (teléfono y/o correo), fecha del siniestro, monto que se reclama y número de expediente.
- B. Identificación oficial vigente asegurado y beneficiario (ambos lados).
- C. Acta de nacimiento del asegurado y beneficiario(s).
- D. Acta de Defunción.
- E. Comprobante de domicilio reciente.
- F. Averiguaciones previas del C. Agente del Ministerio Público completas (debe incluir al menos, los resultados de necropsia, estudio toxicológico, declaraciones de testigos, testigos de identidad, parte de tránsito en caso de accidente automovilístico).
- G. Designación de beneficiarios, en caso de no haberla copia certificada de nombramiento albacea con reconocimiento de herederos.
- H. Ticket que refleje el cargo del Seguro Efectivo Bancoppel y la disposición de efectivo.

11. EXCLUSIONES GENERALES:

- A. Huelgas, guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado la guerra o no), rebelión, guerra civil, insurrección, terrorismo, pronunciamientos, manifestaciones, movimientos populares, radioactividad o cualquier otra causa de fuerza mayor.
- B. Autolesiones, suicidio o participación del usuario en actos delictivos intencionales.
- C. Enfermedades mentales. Se excluyen el servicio de ambulancia por emergencia o traslado programado para pacientes con enfermedades mentales, independientemente del diagnóstico y recomendación médica, si:
 - 1) El paciente se encuentra en estado agresivo,
 - 2) Manifiesta no querer ser trasladado o se resiste al traslado o
 - 3) Se identifica riesgo para la integridad física o vida del usuario, acompañantes o



TÉRMINOS Y CONDICIONES SEGURO EFECTIVO BANCOPPEL

el personal médico. Estas exclusiones son necesarias para garantizar la seguridad de los pacientes y del personal médico, así como para cumplir con las normativas legales y éticas vigentes.

- D. No incluye tiempos espera, ni segundos traslados.
- E. No incluye traslados programados, en caso de ser requerido, este prestará con costo preferencial para el usuario previa cotización, siendo necesario para este caso: reporte médico y recepción asegurada (responsabilidad del usuario).
- F. La falsedad de información condicionará la prestación del servicio.

Este formato es aplicable a Contratantes, Asegurados, Beneficiarios o Terceros que tengan el carácter de Personas Físicas o Morales, cuando se presenten ante la Institución de Seguros a ejercer sus derechos (ej. siniestro, devolución de prima y pagos de cualquier tipo). Favor de llenar en computadora o a mano con letra legible y responder todas las preguntas. En caso de no ser suficiente el espacio proporcionado, anexas hoja con la pregunta y la respuesta.

				Fecha
SECCIÓN I. INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA DE SEGURO				
Número de Póliza	Fecha de Emisión	Ramo	Producto o Servicio	
Solicitante: Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre(s) (PF)			RFC (con homoclave) *	Fecha de Nacimiento
Solicitante: Nombre, Razón o Denominación Social (PM)			RFC (con homoclave) †	Fecha de Constitución
SECCIÓN II. INFORMACIÓN DEL ACTO POR EL CUAL SE EJERCE EL DERECHO				
Descripción del trámite que motiva que el Contratante, Asegurado, Beneficiario o Tercero ejerza sus derechos				
SECCIÓN III. DATOS DE IDENTIFICACIÓN				
INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE, ASEGURADO, BENEFICIARIO O TERCERO QUE EJERCE SUS DERECHOS				
Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre(s) (PF)			RFC (con homoclave) (PF) *	Fecha de Nacimiento (PF)
Nombre, Razón o Denominación Social (PM)			RFC (con homoclave) (PM)	Fecha de Constitución (PM)
INFORMACIÓN DE PERSONAS DE NACIONALIDAD EXTRANJERA				
<input type="checkbox"/> Residente temporal o permanente en México (PF) <input type="checkbox"/> No residente (Turista) (PF)		No Identificación Fiscal (PF/PM) *	País que asignó el Número de Identificación Fiscal (PF/PM) *	
DOMICILIO PARTICULAR EN SU LUGAR DE RESIDENCIA O DE NEGOCIOS (PERSONAS NACIONALES O EXTRANJERAS)				
Calle, Avenida o Vía		Número Exterior	Número Interior	Colonia o urbanización
Alcaldía o Municipio	Ciudad o Población	Estado	País	Código Postal
DOMICILIO PARA RECIBIR CORRESPONDENCIA EN TERRITORIO NACIONAL, SI CUENTA CON ESTE (RESIDENTES EN EL EXTRANJERO)				
Domicilio de correspondencia – Calle, Avenida o Vía		Número Exterior	Número Interior	Colonia o urbanización
Alcaldía o Municipio	Ciudad o Población	Estado	País	Código Postal
INFORMACIÓN ADICIONAL DEL BENEFICIARIO O TERCERO				
Ocupación, Profesión o Actividad Económica (PF) Giro mercantil, actividad económica u objeto social (PM)				Régimen Fiscal (PF) <input type="checkbox"/> Actividad Empresarial
Correo electrónico *	CURP (PF) †	Teléfono Casa	Teléfono Oficina	Teléfono Celular
Folio Mercantil (PM)	Nacionalidad	País de Nacimiento (PF)	Estado de Nacimiento (PF)	
Número de Serie de la Firma Electrónica Avanzada *	Tipo de Identificación (PF)	Número de Identificación (PF)	Emisor de la Identificación (PF)	
INFORMACIÓN DEL APODERADO O REPRESENTANTE LEGAL (EN SU CASO)				
Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre (s)				Correo electrónico
Tipo de poder y documento con el que lo acredita		Tipo de Identificación	Número de Identificación	Emisor de la Identificación
SECCIÓN IV. DECLARACIONES (RÉGIMEN ORDINARIO DE IDENTIFICACIÓN)				
ACTIVIDADES VULNERABLES				
¿El Cliente realiza actividad(es) vulnerables en términos del artículo 17 de la Ley Federal para la Prevención e Identificación de Operaciones con Recursos de Procedencia Ilícita? Indique, y en caso afirmativo, complete el formulario adicional de Riesgo Medio y Alto KYC-MM-AD-AR.				
Describa las actividades vulnerables que realiza:				
CALIDAD DEL CLIENTE (PERSONAS FÍSICAS)				
¿El Cliente con carácter de persona física se encuentra actuando a nombre y por cuenta de un tercero?				
Indique, y en caso afirmativo, complete el formulario adicional de Propietarios Reales KYC-MM-AD-RE.				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
CONTROL (PERSONAS MORALES DE NACIONALIDAD MEXICANA)²				
Indique el nombre de la persona o personas que mantienen Control:				
Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre (s) (PF) Nombre, Denominación o Razón Social (PM)		Tipo de Identificación (PF)	Número de Identificación (PF)	Emisor de la Identificación (PF)
Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre (s) (PF) Nombre, Denominación o Razón Social (PM)		Tipo de Identificación (PF)	Número de Identificación (PF)	Emisor de la Identificación (PF)

PROPIETARIO REAL		
¿Existe un Propietario Real? Se entiende como tal a la persona física que, no siendo el Cliente, o Beneficiario, por medio de otra o de cualquier acto o mecanismo, obtiene los beneficios derivados de un contrato u Operación celebrado con la Institución y es quien, en última instancia, ejerce los derechos de uso, disfrute, aprovechamiento o disposición de los recursos, esto es, como el verdadero dueño de los recursos.		
Indique, y en caso afirmativo, complete el formulario adicional de Propietarios Reales KYC-MM-AD-RE .	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
PROVEEDOR DE RECURSOS (SOLO PARA PÓLIZAS CON COMPONENTE DE AHORRO O INVERSIÓN)		
¿Existe un Proveedor de Recursos? Se entiende como tal a aquella persona que, sin ser el Cliente en una Operación con componente de ahorro de inversión, aporta los recursos sin obtener los beneficios económicos derivados de esa Operación.		
Indique, y en caso afirmativo, complete el formulario adicional de Proveedores de Recursos KYC-MM-AD-PR .	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
CONTRIBUCIÓN AL PAGO DE LA PRIMA		
¿Los asegurados realizan o contribuyen al pago de la prima? Se entiende que éstos contribuyen al pago de la prima, incluyendo prima de ahorro e inversión, cuando: i. realizan el pago total o parcial de la prima a través del Contratante, habiendo este último recaudado el monto de la prima, para su entrega a la Institución de Seguros, ii. realizan el pago de la prima en sustitución del contratante, o bien, iii. cuando se instruye a la Institución de Seguros realice el cobro de la prima a un medio de pago o cuenta bancaria en los cuales los asegurados son titulares.		
Indique, y en caso afirmativo, complete el formulario adicional de Asegurados KYC-MM-AD-AS .	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
PERSONAS POLÍTICAMENTE EXPUESTAS		
¿El Cliente desempeña o ha desempeñado durante los últimos dos años, funciones públicas destacadas en un país extranjero o en territorio nacional, considerando entre otros, a los jefes de estado o de gobierno, líderes políticos, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos de empresas estatales o funcionarios o miembros importantes de partidos políticos y organizaciones internacionales; entendidas como aquellas entidades establecidas mediante acuerdos políticos oficiales entre estados, los cuales tienen el estatus de tratados internacionales; cuya existencia es reconocida por la ley en sus respectivos estados miembros y no son tratadas como unidades institucionales residentes de los países en los que están ubicadas?		
En su caso, indique y complete el formulario adicional de Personas Políticamente Expuestas KYC-MM-AD-PE .	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿El Cliente es cónyuge, concubina, concubinario o una persona que mantiene parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado con una persona Políticamente Expuesta?		
Indique, y en caso afirmativo, complete el formulario adicional de Personas Políticamente Expuestas Asimiladas KYC-MM-AD-PA .	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Alguna persona Políticamente Expuesta mantiene vínculos patrimoniales con el Cliente?		
Indique, y en caso afirmativo, complete el formulario complementario de Personas Políticamente Expuestas Asimiladas KYC-MM-AD-PA .	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
SOFOMES ENR, CENTROS CAMBIARIOS Y TRANSMISORES DE DINERO (PERSONAS MORALES DE NACIONALIDAD MEXICANA)		
En caso de que el Cliente lleve a cabo actividades de Sociedad Financiera de Objeto Múltiple No Regulada, Centro Cambiario y Transmisor de Dinero, indique en número, monto y frecuencia de las operaciones que realice en un año calendario.		
Número de Operaciones	Monto de las Operaciones	Frecuencia de las Operaciones
SECCIÓN V. (CHECKLIST³)		
Personas Físicas Nacionales y extranjeros con residencia temporal o permanente		Personas Morales Nacionales
<input type="checkbox"/> Identificación oficial vigente, con firma y fotografía del Cliente (personas de nacionalidad mexicana). <input type="checkbox"/> Documento oficial expedido por el Instituto Nacional de Migración, que acredite su internación o legal estancia en el país (personas de nacionalidad extranjera con residencia temporal o permanente). <input type="checkbox"/> Constancia de la Clave Única del Registro de Población, cuando cuente con esta. No será necesaria esta constancia si la Clave aparece en otro documento o identificación oficial. <input type="checkbox"/> Cédula de Identificación Fiscal, cuando cuente con esta. <input type="checkbox"/> Cédula de Identificación Fiscal extranjera y/o equivalente; no será necesaria la Cédula si el número de identificación fiscal y/o equivalente, aparece en otro documento expedido por autoridad fiscal competente, cuando cuente con ellos. <input type="checkbox"/> Comprobante de inscripción para la Firma Electrónica Avanzada, cuando cuente con este. <input type="checkbox"/> Comprobante de domicilio en su lugar de residencia, con antigüedad menor a tres meses, contados a partir de su fecha de emisión.		<input type="checkbox"/> Identificación oficial vigente, con firma y fotografía, del o de los apoderados. <input type="checkbox"/> Testimonio o escritura en la que consten las facultades conferidas al representante legal (actos de administración). <input type="checkbox"/> Testimonio o copia certificada que acredite su legal existencia, inscrito en el registro público que corresponda (acta constitutiva). <input type="checkbox"/> En caso de reciente constitución, y en tal virtud, no se encuentre inscrita aún en el registro público que corresponda, un escrito firmado por persona legalmente facultada, en el que conste la obligación de llevar a cabo la inscripción respectiva y proporcionar los datos a la Institución. <input type="checkbox"/> Cédula de Identificación Fiscal. <input type="checkbox"/> Documento en el que conste la asignación del número de identificación fiscal y/o equivalente expedido por autoridad competente. <input type="checkbox"/> Constancia de la Firma Electrónica Avanzada. <input type="checkbox"/> Comprobante de domicilio a nombre del Cliente, con antigüedad menor a tres meses, contados a partir de su fecha de emisión. <input type="checkbox"/> Documento de identificación personal, vigente y con fotografía, de la persona física que ejerza el Control en la persona moral ² .
Personas Físicas Extranjeras sin condición de residencia temporal o permanente		Personas Morales Extranjeras
<input type="checkbox"/> Pasaporte o cualquier documento oficial emitido por autoridad competente del país de origen, vigente en la fecha de su presentación, que contenga la fotografía, firma y, en su caso, domicilio de la persona de que se trate. <input type="checkbox"/> Documento oficial expedido por el Instituto Nacional de Migración, en el que acredite su internación o legal estancia en el país. <input type="checkbox"/> Cédula de Identificación Fiscal extranjera y/o equivalente; no será necesaria la Cédula si el número de identificación fiscal y/o equivalente, aparece en otro documento expedido por autoridad fiscal competente, cuando cuente con ellos. <input type="checkbox"/> Documento que acredite su domicilio en el lugar de residencia permanente, con antigüedad menor a tres meses, contados a partir de su fecha de emisión.		<input type="checkbox"/> Pasaporte o cualquier documento oficial del apoderado, emitido por autoridad competente del país de origen, vigente en la fecha de su presentación, que contenga la fotografía, firma y, en su caso, domicilio de la persona de que se trate. <input type="checkbox"/> Testimonio o escritura en la que consten las facultades conferidas al representante legal (para actos de administración o su equivalente, debidamente apostillado). <input type="checkbox"/> Documento que acredite fehacientemente su legal existencia (debidamente apostillados). <input type="checkbox"/> Documento en el que conste la asignación del número de identificación fiscal y/o equivalente expedido por autoridad competente. <input type="checkbox"/> Documento que permita conocer su estructura accionaria o partes sociales, según corresponda.

	<input type="checkbox"/> Comprobante de domicilio a nombre del Cliente, con antigüedad menor a tres meses, contados a partir de su fecha de emisión.
--	--

SECCIÓN VI. COTEJO (EXCLUSIVO ÁREA COMERCIAL, FUERZA DE VENTAS O TERCERO QUE IDENTIFICA AL CLIENTE)

Con base en lo establecido en las Disposiciones de carácter general a que se refiere el Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 19 de noviembre de 2020, en adelante "Las Disposiciones", así como lo establecido en la Políticas de Identificación y Conocimiento del Cliente, bajo protesta de decir verdad, hago constar que realicé una entrevista personal al Cliente, o su apoderado legal, para recabar los datos y documentos correspondientes para integrar el expediente de Identificación y Conocimiento del Cliente de conformidad con "Las Disposiciones". Asimismo, hago constar que se verificó la identidad del Cliente, o su apoderado o representante legal y que los datos proporcionados fueron validados contra los documentos originales, cuyas copias cotejadas se anexan a este formulario.

¿Se verificó la identidad del Cliente o su apoderado? (que los rasgos físicos de su titular coincidan con los rasgos de la fotografía que aparece en la identificación oficial)	<input type="checkbox"/> Si	Notas
¿Las copias simples de los documentos de identificación obtenidos fueron cotejadas contra sus originales?	<input type="checkbox"/> Si	Notas
¿Los documentos originales son legibles y no presentan tachaduras o enmendaduras?	<input type="checkbox"/> Si	Notas
¿Se realizó el cotejo en los documentos de identificación o en una constancia de cotejo?	<input type="checkbox"/> Si	Notas

Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre (s) del Funcionario, Empleado, Agente o tercero que recaba los datos y documentos del Cliente

SECCIÓN VII. AVISO DE PRIVACIDAD

MAPFRE México, S.A. le informa que sus datos serán tratados para los fines del contrato de seguro, de conformidad con el Aviso de Privacidad que se encuentra disponible en la página de internet <https://www.mapfre.com.mx/aviso-privacidad/>. El Cliente declara conocer y estar de acuerdo con el Aviso de Privacidad de MAPFRE México, S.A., por lo que, de conformidad con la Ley Federal de Datos Personales en Posesión de los Particulares, la autorizo a tratar mis datos personales, los sensibles y los patrimoniales o financieros, para todos los fines vinculados con el contrato de seguro celebrado, o que, en su caso, se celebre. En caso de haber proporcionado datos personales, sensibles, patrimoniales o financieros de otros titulares, me obligo a hacer del conocimiento de dichos titulares que he proporcionado tales datos a MAPFRE MÉXICO, S.A., y los lugares en donde se encuentra a su disposición el referido Aviso de Privacidad.

SECCIÓN VIII. DECLARACIÓN DEL CLIENTE O SU APODERADO

El Cliente, o su apoderado o representante legal, manifiesta bajo protesta de decir verdad que los datos contenidos y expresados en este formulario son ciertos, y que los recursos con los cuales se realizará el pago de los productos o servicios, han sido y serán, obtenidos o generados a través de una fuente de origen lícito. Adicionalmente, manifiesta que el destino de los productos y servicios adquiridos será empleado para finalidades lícitas.

SECCIÓN IX. SECCIÓN DE FIRMAS

BENEFICIARIO, PERSONA QUE EJERCE SUS DERECHOS, APODERADO O REPRESENTANTE LEGAL	FUNCIONARIO, EMPLEADO, AGENTE O TERCERO QUE RECABA LOS DATOS Y DOCUMENTOS DEL CLIENTE
X	X
Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre (s)	Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre (s)
Lugar y Fecha de Firma	Lugar y Fecha de Firma

¹ Este formato deberá completarse por cada uno de los Beneficiarios o Terceros, al momento en que se presenten a ejercer los derechos derivados de un contrato de seguro.

² Control se refiere a la capacidad de una persona o grupo de personas, a través de la propiedad de valores, por la celebración de un contrato o por cualquier otro acto jurídico, para: i. Imponer, directa o indirectamente, decisiones en la asamblea general de accionistas o de socios o en el órgano de gobierno equivalente de una persona moral, ii. Nombrar o destituir a la mayoría de los consejeros, administradores o equivalentes de una persona moral, iii. Mantener la titularidad de derechos que permitan, directa o indirectamente, ejercer el voto respecto de más del cincuenta por ciento del capital social de una persona moral y iv. Dirigir, directa o indirectamente, la administración, la estrategia o las principales políticas de una persona moral. Adicionalmente, se entenderá que ejerce el Control aquella persona física que directa o indirectamente, adquiera el veinticinco por ciento o más de la composición accionaria o del capital social, de una persona moral. Cuando no exista una persona física que posea o controle, directa o indirectamente, un porcentaje igual o superior al 25% del capital o de los derechos de voto de la persona moral de que se trate, o que por otros medios ejerza el Control, directo o indirecto, de la persona moral, se considerará que ejerce dicho Control el administrador o administradores de la misma, entendiéndose que ejerce la administración, la persona física designada para tal efecto.

³ Se requerirá la presentación de la copia simple de estos documentos, de acuerdo al tipo de persona de que se trate, los cuales deben estar cotejados: i. en el Formato de Cotejo PLD-MM-CO, que deberá contener nombre completo del ejecutivo, agente o intermediario que realiza el cotejo, su firma autógrafa y fecha en que se llevó a cabo el cotejo, o bien, ii. en la primer hoja de cada documento de identificación que sea presentado, con los mismos datos a que se refiere el inciso i anterior.

* Datos obligatorios que se deberán proporcionarse cuando la Persona Física o Persona Moral cuente con estos.



LISTADO DE DOCUMENTOS, PARA RESTITUCIÓN

Estimado Cliente

Por medio de la presente le enlisto los documentos necesarios para hacer válida su Asistencia por “Robo en Cajero”:

- Escrito firmado que contenga una descripción de los hechos, nombre completo, datos de contacto (teléfono y/o correo), terminación de la TD con la que realizó el retiro, fecha, hora y monto del retiro, hora aproximada del siniestro (robo), dirección y sucursal del Banco donde realizó el retiro, monto que se reclama y núm. de expediente.
- Copia de identificación oficial vigente (ambos lados).
- Comprobante de domicilio (vigencia no mayor a 2 meses).
- Voucher de retiro o notificación de retiro que recibe por mensaje SMS o correo, en el que se verifique de manera completa la terminación de la tarjeta, monto, fecha, hora y lugar de la disposición de efectivo.
- Voucher de la adquisición del Seguro.
- Estado de cuenta original o electrónico (descargado de banca en línea), que refleje la disposición de efectivo y la compra del Seguro **Cubrir los primeros 12 dígitos de la tarjeta, en todas las hojas donde aparezca este dato.*
- Estado de cuenta vigente para depósito (No debe ser Tarjeta de crédito y la vigencia no debe ser mayor a 2 meses).
- Acta de denuncia debidamente ratificada ante las autoridades correspondientes (MP) **Importante que contenga descripción de los hechos desde que realizó el retiro hasta la ocurrencia del robo, dirección del cajero BanCoppel donde realizó el retiro, hora y monto de la disposición, lugar y hora de robo).*
- Formato único de conocimiento del cliente “KYC”. **Llenar solo los apartados que están en color amarillo. Para la 3er hoja en el campo de **FUNCIONARIO, EMPLEADO, AGENTE O TERCERO QUE RECABA LOS DATOS Y DOCUMENTOS DEL CLIENTE** anotar el nombre de *Tamara Alejandra Zamorano Ramírez* junto con la fecha en que realizan el envío del documento.*

El envío de la documentación será de manera electrónica y es importante que sea en formato PDF (No foto) y adjunto al correo, con la finalidad de que la imagen se reciba de manera legible y completa.

El tamaño máximo permitido para recibir archivos es de 14 MB, si los documentos son muy pesados enviarlo en partes, es decir, en varios correos.

NOTA: *La información enviada es enunciativa más no limitativa, siendo que el departamento de análisis de la misma le solicite documentación adicional.*

Sin más por el momento quedo a sus órdenes y a la espera de sus documentos por favor.

Mesa de Control
