

(FIADO, CONTRATANTE, SOLICITANTE, OBLIGADO SOLIDARIO O CÓNYUGE) Lugar y fecha de entrevista y aplicación del cuestionario.

_____	_____	_____	_____
Ciudad	Día	Mes	Año
Nombre persona que entrevista y aplica cuestionario, en su caso, número de cédula: _____			
			No. Cédula
_____	_____	_____	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	

DATOS.

Marque la calidad con que actúa.

FIADO SOLICITANTE OBLIGADO SOLIDARIO CONTRATANTE

1. Denominación o razón social: _____

2. Fecha de constitución: _____ 3. Nacionalidad: _____

Día Mes Año

4. Número de escritura: _____

5. Fecha de la última asamblea en que se hayan modificado los estatutos sociales: _____

Día Mes Año

Número de escritura: _____

6. Folio Mercantil (aplica sólo para personas morales de nacionalidad mexicana, si es de reciente creación señalar, en su caso, que su registro se encuentra en trámite: _____

7. Giro mercantil: _____

Actividad u Objeto Social: _____

8. Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (RFC) (en caso de personas morales extranjeras, cuando cuente con ella) (en caso de personas morales de reciente constitución, señalar que se exhibe el documento que sustenta la solicitud de inscripción al Registro):

9. Domicilio: Propio Rentado

_____	_____	_____
Calle/Avenida/Vía	No. Ext. - Int.	Colonia/Urbanización
_____	_____	_____
Alcaldía/Mpio./Demarcación. Pol.	Ciudad/Población	Entidad Federativa/Edo.
_____	_____	_____
		Código Postal

10. Domicilio en su país de origen (en caso de empresas extranjeras):

_____	_____	_____
Calle/Avenida/Vía	No. Ext. - Int.	Colonia/Urbanización
_____	_____	_____
Alcaldía/Mpio./Demarcación. Pol.	Ciudad/Población	Entidad Federativa/Edo.
_____	_____	_____
		Código Postal

11. Teléfono(s) del domicilio señalado: _____

12. Correo electrónico: _____

13. Página de internet (en caso de contar con ella): _____

14. Administrador(es), director, gerente general o apoderado legal y/o representante legal que con su firma obligue a la persona moral en la celebración de contratos (datos sin abreviaturas):

Cargo	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)
Cargo	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)
Cargo	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)
Cargo	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)
Cargo	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)

15. Capital Social Inicial: _____ Capital Social Actual: _____ Capital Contable: _____

16. ¿Ha contratado fianzas / seguro de caución anteriormente? Si No

Afianzadoras y/o aseguradoras
con las que ha contratado
fianzas y/o seguro de caución

Fecha

Responsabilidades Actuales

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

17. Marque el tipo de Operación(es) a realizar (Operaciones a que se refiere el art. 118 Fracción I, II, IX, X, XI, XIV, XVI, XVII, XXIII, XXV, XXVI, 119 y 140 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas):

Fianzas Fideicomiso(s) Seguro de Caución

Número estimado de operaciones a realizar al: Mes: _____ Año: _____

Monto estimado de operaciones a realizar al: Mes: _____ Año: _____

18. Marque según corresponda el origen y destino de los recursos involucrados para la celebración de las operaciones.

Origen Nacional: Extranjero: Especifique: _____

Destino Nacional: Extranjero: Especifique: _____

19. Mantiene vínculos patrimoniales con alguna(s) persona(s) que desempeña(n) o ha(n) desempeñado funciones públicas destacadas en un país extranjero¹ o en territorio nacional?

Si No En caso de que la respuesta sea afirmativa, especificar lo siguiente:

Nombre completo sin abreviaturas, apellido paterno, materno y nombre(s)		
Pais y Ciudad	Cargo/Puesto	Periodo
Nombre completo sin abreviaturas, apellido paterno, materno y nombre(s)		
Pais y Ciudad	Cargo/Puesto	Periodo
Nombre completo sin abreviaturas, apellido paterno, materno y nombre(s)		
Pais y Ciudad	Cargo/Puesto	Periodo
Nombre completo sin abreviaturas, apellido paterno, materno y nombre(s)		
Pais y Ciudad	Cargo/Puesto	Periodo

20. Proveedor de recursos: Marque según corresponda.

Los recursos que utilizará para la realización de las operaciones son del Cliente: Si No

21. Ramos que se emitirán al cliente: _____

22. Para el efecto de la celebración de esta entrevista, el entrevistado ha entregado a la aseguradora o al agente, los documentos previstos en la normativa derivada del Art. 492, 493, 494 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

DECLARACIONES

A. El CLIENTE declara que el origen y procedencia de los fondos que por cuenta propia o en representación habré de operar u opero, proceden de actividades lícitas. Asimismo manifiesto que los datos y documentación proporcionada en este acto son verídicos, presento original y otorgo copia fotostática de los documentos de identificación y autorizo a que se corrobore esta información de estimarse conveniente. Autorizo expresamente para utilizar la presente información a Dorama, Institución de Garantías, S.A., al contratar cualquier producto o servicio financiero con ella, o con motivo de la relación que se mantiene o llegue a mantener con la misma. La autorización que se otorga implica la aceptación para que esta información se utilice por terceros distintos a Dorama, Institución de Garantías, S.A., con la finalidad de cumplirse con las obligaciones estipuladas en las operaciones contratadas. Declaro que terceros no operarán con mi consentimiento o el de mi representante en los productos, cuentas, contrato o servicios donde actúo y opero, con recursos provenientes de actividades ilícitas y asimismo manifiesto que no se realizarán transacciones destinadas a favorecer actividades ilícitas.

NOMBRE DEL CLIENTE

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

B. AUTORIZACIÓN PARA SOLICITAR REPORTES DE CRÉDITO PERSONAS FÍSICAS / PERSONAS MORALES

Por este conducto autorizo expresamente a **DORAMA, INSTITUCIÓN DE GARANTÍAS, S.A.**, para que por conducto de sus funcionarios facultados lleve a cabo investigaciones sobre mi comportamiento crediticio o el de la Empresa que represento en Trans Union, S. A. SIC y/o Dun & Bradstreet, S.A. SIC.

Así mismo declaro que conozco la naturaleza y alcance de la información que se solicitará, del uso que **DORAMA, INSTITUCIÓN DE GARANTÍAS, S.A.**, hará de tal información y de que ésta podrá realizar consultas periódicas sobre mi historial o el de la empresa que represento, consintiendo que esta autorización se encuentre vigente por un período de 3 años contados a partir de su expedición y en todo caso durante el tiempo que se mantenga la relación jurídica.

En caso de que la solicitante sea una Persona Moral, declaro bajo propuesta de decir verdad ser Representante Legal de la empresa mencionada en esta autorización; manifestando que a la fecha de firma de la presente autorización no me han sido revocados, limitados, ni modificados en forma alguna.

Autorización para:

Persona Física (PF) Persona Física con Actividad Empresarial (PFAE) Persona Moral (PM)

Nombre del solicitante (Persona Física o Razón Social de la Persona Moral):

Para el caso de Persona Moral, nombre del Representante Legal:

Fecha en la que se firma la autorización: _____
Día Mes Año

Estoy consciente y acepto que este documento quede bajo propiedad de **DORAMA, INSTITUCIÓN DE GARANTÍAS, S.A.** y/o Sociedad de Información Crediticia consultada para efectos de control y cumplimiento del artículo 28 de la Ley para Regular a Las Sociedades de Información Crediticia; mismo que señala que las Sociedades sólo podrán proporcionar información a un Usuario cuando éste cuente con la autorización expresa del Cliente mediante su firma autógrafa.

NOMBRE Y FIRMA DE PF, PFAE,
REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA

Para uso exclusivo de la Empresa que efectúa la consulta **DORAMA, INSTITUCIÓN DE GARANTÍAS, S.A.**

Fecha de Consulta BC: _____

Folio de Consulta BC: _____

IMPORTANTE: Este formato debe ser llenado individualmente, para una sola persona física o para una sola empresa. En caso de requerir el Historial Crediticio del representante legal, favor de llenar un formato adicional.