

La información compartida en este formato será utilizada para cumplir con requerimientos regulatorios tributarios.

I. Datos de identificación		
Nombre, denominación o razón social		
II. Participantes del fideicomiso		
Persona Adicional		
Nombre y Apellidos Completos / Razón social, nombre o denominación		
A. <input type="checkbox"/> Fideicomitente B. <input type="checkbox"/> Fideicomisario C. <input type="checkbox"/> Beneficiario D. <input type="checkbox"/> Otro *Revisar glosario		
Tipo de control		
País de Nacimiento/constitución	Entidad federativa de nacimiento	Fecha de nacimiento/constitución
Nacionalidad	Ciudadanía (en su caso)	
CURP: _____ No aplica: <input type="checkbox"/>	RFC: _____ No aplica: <input type="checkbox"/>	
Clave Única de Registro de Población	Número de Registro Federal Contribuyente	
Domicilio (calle y número). No utilizar Apartado Postal		País de domicilio
<p>¿Usted declara sus impuestos en un país / jurisdicción diferente a México? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>1. País: _____ TIN/NIT equivalente: _____</p> <p>2. País: _____ TIN/NIT equivalente: _____</p>		<p>¿Usted cuenta con nacionalidad y/o residencia en los Estados Unidos de América?</p> <p><input type="checkbox"/> SI Número de Identificación Tributaria TIN/NIT o su Número de Seguridad Social en EEUU (SSN, por sus siglas en inglés): _____</p> <p><input type="checkbox"/> NO _____</p> <p><small>Nota: Las personas que deben declarar sus impuestos en EEUU incluye, pero no se limita a: ciudadanos de EEUU (incluye a las personas físicas con doble nacionalidad) y personas con estatus de residentes en EEUU.</small></p>
III. Declaración y Firma		
<p>Al firmar este documento el cliente se obliga a notificar a Actinver en caso de que su información cambie y a proporcionarla actualizada dentro de los 30 días siguientes en que ocurra el cambio.</p> <p>La firma de este documento implica la aceptación de sus términos por parte del referido cliente.</p> <p>Declaro bajo protesta de decir verdad, que he examinado la información contenida en este formulario y que dicha información es cierta, completa y vigente.</p>		
Firma		Nombre completo
Fecha		Representante y/o participante del fideicomiso