

Datos del Contratante

*Nombre(s)			*Apellido paterno			*Apellido materno			
*REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES (10 POSICIONES) + HOMOClave:						Correo electrónico:			
CURP (18 POSICIONES):						*Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA):			
*Nacionalidad:			*País de nacimiento:			*Entidad Federativa de nacimiento			
*Ocupación o Profesión:			*Actividad o giro del negocio (PFAE):			No. de serie de la Firma Electrónica Avanzada:			
Domicilio									
*Calle:			*Núm. Ext.:		*Núm. Int.:		*Colonia:		*C.P.:
*Delegación / Municipio:			*Estado:			*Ciudad o Población:			
*Teléfono:									
*¿El Asegurado o Contratante desempeña o ha desempeñado cargo alguno dentro del gobierno estatal o federal en los últimos cuatro años? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Menciona el cargo:									
*¿El Contratante o asegurado han estado sujetos a algún proceso penal? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Especifique:									
*¿El Contratante es el mismo que el Asegurado? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si la respuesta fue no, deberá proporcionar la siguiente información:									

Datos del Asegurado

*Nombre(s):			*Apellido paterno:			*Apellido materno:			
*REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES (10 POSICIONES) + HOMOClave:						Correo electrónico:			
CURP (18 POSICIONES):						*Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA):			
*Nacionalidad:			*País de nacimiento:			*Entidad Federativa de nacimiento			
*Ocupación o Profesión:			*Actividad o giro del negocio (PFAE):			No. de serie de la Firma Electrónica Avanzada			
Domicilio									
*Calle:			*Núm. Ext.:		*Núm. Int.:		*Colonia:		*C.P.:
*Delegación / Municipio:			*Estado:			*Ciudad o Población:			
*Teléfono:									
Forma de pago de su póliza:					Origen de los recursos:				

Documentación anexa del Contratante

*Identificación oficial	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Indica cual: _____
C.U.R.P.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
R.F.C.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Certificado de la Firma Electrónica Avanzada	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	No. de serie: _____
*Comprobante de domicilio (antigüedad no mayor a 3 meses)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Indica cual: _____
Documento que acredite su legal estancia en el país, (en el caso de extranjeros)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Indica cual: _____
Se hace constar que la persona actúa a nombre y por cuenta	Propia <input type="checkbox"/>	Representación Legal <input type="checkbox"/>

En el caso de haber señalado en el recuadro anterior que se actúa en **Representación Legal**, es necesario nos proporcione la siguiente información:

Datos del Representante Legal

*Nombre(s):	*Apellido paterno:	*Apellido materno:	
*REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES (10 POSICIONES) + HOMOClave:		Correo electrónico:	
CURP (18 POSICIONES):		*Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA):	
*Nacionalidad:	*País de nacimiento:	*Entidad Federativa de nacimiento	
*Ocupación o Profesión:	*Actividad o giro del negocio PFAE:	No. de serie de la Firma Electrónica Avanzada:	
Domicilio			
*Calle:	*Núm. Ext.:	*Núm. Int.:	*Colonia:
*Delegación / Municipio:	*Estado:	*Ciudad o Población:	*C.P.:
*Teléfono:	*Documento con el que acredita la Representación Legal:		

Documentación adicional del Representante Legal

*Identificación oficial	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Indica cual: _____
C.U.R.P.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
R.F.C.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Certificado de la Firma Electrónica Avanzada	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	No. de serie: _____
*Comprobante de domicilio (antigüedad no mayor a 3 meses)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Indica cual: _____
Documento que acredite su legal estancia en el país, (en el caso de extranjeros)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Indica cual: _____
*Documento con el que acredita su Representación Legal	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Indica cual: _____

Observaciones y/o comentarios adicionales

Declaro bajo protesta de decir verdad, que la información asentada en este formato es fidedigna.

*Nombre y firma del Cliente

*Nombre y firma de la persona que realizó la entrevista personal al Cliente

Nota:

- * Este formato debe ser requisitado totalmente y sin abreviaturas
- * Los campos marcados con * son obligatorios
- * En caso de no tener la información de los campos que no están marcados con *, señalar que no cuenta con esta información
- * Las copias simples de los documentos deberán ser legibles y sin manchaduras, enmendaduras, quemaduras, etc
- * Los documentos anexos deben contener obligatoriamente la leyenda de que las copias simples de los documentos han sido cotejadas contra sus originales añadiendo el nombre, firma y fecha de quien lo realiza
- * La Constancia de la Clave Única de Registro de Población no será necesaria, si ésta aparece en otro documento o identificación oficial.