

No. de Cliente:

Datos del Contratante

*Nombre(s):

*Apellido paterno:

*Apellido materno:

*REGISTRO FEDERAL DE CAUSANTES (10 POSICIONES) + HOMOClave (3 POSICIONES):

| | | | | | | | | | | | | | |

C.U.R.P. (18 POSICIONES):

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Email:		*Fecha de Nacimiento (DD/MM/AA)		*Nacionalidad	
*País de nacimiento:	*Ocupación o profesión	*Actividad o giro del negocio		No. de serie de la Firma electrónica Avanzada	
Calle:		Núm. Ext.:	Núm. Int.:	Colonia:	
Delegación / Municipio:		Estado:		C.P.:	
Teléfono casa / oficina (clave LADA + Número + Ext.):				Teléfono celular:	

*¿El Asegurado o Contratante desempeña o ha desempeñado cargo alguno dentro del gobierno estatal o Federal en los últimos cuatro años?

Sí No Menciona el cargo: _____

*¿El Contratante es el mismo que el Asegurado? Sí No Si la respuesta fue no, deberá proporcionar la siguiente información

Datos del Asegurado

*Nombre(s):

*Apellido paterno:

*Apellido materno:

*REGISTRO FEDERAL DE CAUSANTES (10 POSICIONES) + HOMOClave (3 POSICIONES):

| | | | | | | | | | | | | | |

C.U.R.P. (18 POSICIONES):

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Email:		*Fecha de Nacimiento (DD/MM/AA)		*Nacionalidad	
*País de nacimiento:	*Ocupación o profesión	*Actividad o giro del negocio		No. de serie de la Firma electrónica Avanzada	
Calle:		Núm. Ext.:	Núm. Int.:	Colonia:	
Delegación / Municipio:		Estado:		C.P.:	
Teléfono casa / oficina (clave LADA + Número + Ext.):				Teléfono celular:	

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 tu 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 Representación Legal

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, etcétera

* 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

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

Datos del Representante Legal

*Nombre(s):

*Apellido paterno:

*Apellido materno:

*REGISTRO FEDERAL DE CAUSANTES (10 POSICIONES) + HOMOCLOVE (3 POSICIONES):

| | | | | | | | | | | | | | | |

C.U.R.P. (18 POSICIONES):

| | | | | | | | | | | | | | | | | |

Email:		*Fecha de Nacimiento (DD/MM/AA)		*Nacionalidad	
*País de nacimiento:	*Ocupación o profesión	*Actividad o giro del negocio		No. de serie de la Firma electrónica Avanzada	
Calle:		Núm. Ext.:	Núm. Int.:	Colonia:	
Delegación / Municipio:		Estado:		C.P.:	
Teléfono casa / oficina (clave LADA + Número + Ext.):				Teléfono celular:	

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: _____

Documentación adicional del Representante Legal

Documento que acredite tu legal estancia en el país, (en el caso de extranjeros). Sí No Indica cual: _____

*Documento con el que acreditas tu Representación Legal. Sí No Indica cual: _____

Observaciones y/o comentarios adicionales

Declaro bajo protesta de decir verdad, que la información asentada en este formato es fidedigna y que actúo en mi nombre y por cuenta propia.

*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, etcétera
 - * 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