

Datos del Contratante

*Nombre(s)		*Apellido paterno		*Apellido materno	
Correo electrónico:			*Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA):		
*Nacionalidad:		*País de nacimiento:		*Número de identificación fiscal y/o equivalente y país o países que lo asignaron	
*Ocupación o Profesión:		*Actividad o giro del negocio (en caso de PFAE):			
*Régimen Fiscal					
*Domicilio particular en su lugar de residencia					
*Calle:		*Núm. Ext.:	*Núm. Int.:	*Colonia:	
*Delegación / Municipio:		*Estado:		*Ciudad o Población:	*C.P.:
*Teléfono:					

¿El contratante tiene domicilio en territorio nacional, en donde pueda recibir correspondencia dirigida a el? ☐ Sí ☐ No

*Si la respuesta fue Sí indicar dirección en el siguiente recuadro

*Domicilio particular en Territorio Nacional					
*Calle:		*Núm. Ext.:	*Núm. Int.:	*Colonia:	
*Delegación / Municipio:		*Estado:		*Ciudad o Población:	*C.P.:
*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:	
Correo electrónico:			*Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA):		
*Nacionalidad:		*País de nacimiento:		*Número de identificación fiscal y/o equivalente y país o países que lo asignaron	
*Ocupación o Profesión:			* Actividad o giro del negocio (en caso de PFAE):		
Domicilio particular en su lugar de residencia					
*Calle:		*Núm. Ext.:	*Núm. Int.:	*Colonia:	
*Delegación / Municipio:		*Estado:		*Ciudad o Población:	*C.P.:
*Teléfono:					
Forma de pago de su póliza:			Origen de los recursos:		

¿El asegurado tiene domicilio en territorio nacional, en donde pueda recibir correspondencia dirigida a el? ☐ Sí ☐ No

*Si la respuesta fue Sí indicar dirección en el recuadro de la siguiente página

*Domicilio particular en Territorio Nacional

*Calle:	*Núm. Ext.:	*Núm. Int.:	*Colonia:
*Delegación / Municipio:	*Estado:	*Ciudad o Población:	*C.P.:
*Teléfono:			

Documentación anexa del Contratante

*Pasaporte	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
*Documento que acredite su legal internación o legal estancia en el País	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Indica cual: _____
*Documento que acredite domicilio en el lugar de residencia permanente	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 ☐

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, 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
- * La Constancia de la Clave Única de Registro de Población no será necesaria, si ésta aparece en otro documento o identificación oficial.