

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:
*Régimen Fiscal				
Domicilio				
*Calle:		*Núm. Ext.:	*Núm. Int.:	*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.:	*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.