

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