

Número de póliza:

Fecha (DD/MM/AAAA):

Datos del beneficiario

*Apellido paterno

*Apellido materno

*Nombre(s)

*Fecha de Nacimiento (DD/MM/AAAA):

*Nacionalidad

*País de nacimiento

*Ocupación o profesión

*Teléfono

*Domicilio particular en su lugar de residencia

*Correo electrónico

Documentación anexa del beneficiario

* Pasaporte /FM

Sí No

* Documento que acredite su legal internación o legal estancia en el País

Sí No Indique cuál: _____

* Documento que acredite su domicilio en el lugar de residencia permanente

Sí No Indique cuál: _____

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 beneficiario

 *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.