

Datos del Contratante

*Nombre(s)		*Apellido paterno		*Apellido materno	
*REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES (10 POSICIONES) + HOMOCLOVE: 				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.:	*Colonia:	*C.P.:
*Delegación / Municipio:		*Estado:		*Ciudad o Población:	
*Teléfono:		Forma de pago de su póliza:		Origen de los recursos:	
*¿El asegurado o Contratante desempeña o ha desempeñado algún cargo dentro del gobierno municipal, estatal o federal durante los últimos 12 meses? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Menciona el cargo, periodo y dependencia:					
*¿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) + HOMOCLOVE: 				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:	*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 cuál: _____
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 cuál: _____
*Documento que acredite su legal estancia en el país (en el caso de extranjeros)	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Indica cuál: _____
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) + HOMOCLOVE:				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:					
Forma de pago de su póliza:			Origen de los recursos:		

Conoce a tu Cliente - Persona Física

(Nacionalidad Mexicana y Extranjeros con Residencia Temporal o Permanente en Territorio Nacional)

03 DE 03**Documentación adicional del Representante Legal**

*Identificación Oficial	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Indica cuál: _____
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 cuál: _____
Documento que acredite su legal estancia en el país (en el caso de extranjeros)	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Indica cuál: _____
*Documento con el que acredita su Representación Legal	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Indica cuál: _____

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.