

## 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.:	*Colonia:	*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	
<b>Domicilio</b>					
*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 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:	
<b>Domicilio</b>					
*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.