

CONOCE A TU CLIENTE EXTRANJEROS

Fecha: _____

DATOS DEL ASEGURADO O CONTRATANTE

Persona Física Persona Moral

APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S) O DENOMINACION O RAZON SOCIAL:

En caso de ser persona física indicar número de pasaporte y calidad migratoria:

No. de Pasaporte FMT (Turista) FMN (Negocios) Inmigrado
 FM3
 FM2

DOMICILIO EN EL PAIS DE ORIGEN EN CASO DE ESTANCIA TEMPORAL EN EL PAIS:

Calle _____
No. Exterior _____ e interior: _____
Colonia, _____
Código Postal _____
Delegación o Municipio _____
Ciudad o Población _____
Entidad Federativa _____

DOMICILIO EN TERRITORIO NACIONAL (PERSONAS MORALES Y PERSONAS FISICAS CON CALIDAD DE INMIGRADO):

Calle _____
No. Exterior _____ e interior: _____
Colonia, _____
Código Postal _____
Delegación o Municipio _____
Ciudad o Población _____
Entidad Federativa _____

Fecha de Constitución:

Día Mes Año

Nacionalidad:

Actividad o Giro mercantil:

Teléfono(s):

Correo Electrónico o Página de Internet:

R.F.C.:

