

Identificación del Cliente

Código de Cliente

Sección I. Datos Generales																							
Denominación o Razón Social / Nombre completo (Apellido paterno, apellido materno, nombre(s))																							
R.F.C. ¹ (si cuenta con él)			Letras		Año		Mes		Día		Homoclave		CURP ² (si cuenta con él)			Fecha de Nacimiento (PF) Día Mes Año							
Año de constitución (PM) Día Mes Año			Nacionalidad <input type="checkbox"/> Mexicana <input type="checkbox"/> Extranjera			En caso de ser extranjero indicar: País: _____ No. pasaporte: _____			<input type="checkbox"/> FMT Turista			<input type="checkbox"/> FMN (Negocios)			<input type="checkbox"/> Inmigrado								
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> UL			Edo.Civil <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> UL			Ocupación o profesión (PF)			Actividad o giro del negocio														
No. de empleados (PM)			Importe de ventas último año (PM)			Capital social (PM)			Tipo de empresa <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Privada														
Seguros con los que cuenta (con GNP u otra Compañía)																							
Gastos Médicos			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Vida			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Autos			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Daños			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Domicilio particular en México (si tiene residencia en México)																							
Calle						No. exterior		No. interior		Colonia													
C.P.		Delegación o Municipio				Ciudad y/o Población				Entidad Federativa													
Teléfono (1) Lada			Ext		Teléfono (2) Lada			Ext		Correo electrónico y/o página internet ³ (si cuenta con ella)													
Domicilio en el país de origen (sólo para extranjeros) (sin comprobante de domicilio)																							
Teléfono (1) Lada			Ext		Teléfono (2) Lada			Ext		Correo electrónico y/o página internet ³ (si cuenta con ella)													
Información adicional solo para personas físicas y apoderado legal																							
¿El asegurado o contratante desempeña o ha desempeñado cargo alguno dentro del Gobierno Estatal o Federal en los últimos 4 años?						Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Definir cargo														
Información adicional solo para personas morales																							
Forma de administración de la sociedad						<input type="checkbox"/> Administrador único			<input type="checkbox"/> Consejo de administración														
Nombre de los accionistas									Porcentaje de participación														
¿Algunos de los socios o accionistas, miembros del consejo o administrador único desempeñan o han desempeñado cargo alguno dentro del Gobierno Estatal o Federal en los últimos 4 años?						Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			¿Cuál?														
Nombre																							
Funcionarios y Ejecutivos																							
Director General (Apellido paterno, apellido materno, nombre(s))						Responsable de Seguros (Apellido paterno, apellido materno, nombre(s))																	
Teléfono (1) Lada			Ext		Correo electrónico			Teléfono (1) Lada			Ext		Correo electrónico										
Domicilio del contacto						Domicilio del contacto																	
Calle						Calle																	
Colonia			Delegación/Municipio/Población			Colonia			Delegación/Municipio/Población														
Estado			C.P.			Estado			C.P.														
Director de Finanzas (Apellido paterno, apellido materno, nombre(s))						Director de Recursos Humanos (Apellido paterno, apellido materno, nombre(s))																	
Teléfono (1) Lada			Ext		Correo electrónico			Teléfono (1) Lada			Ext		Correo electrónico										
Domicilio del contacto						Domicilio del contacto																	
Calle						Calle																	
Colonia			Delegación/Municipio/Población			Colonia			Delegación/Municipio/Población														
Estado			C.P.			Estado			C.P.														

Filiales									
Documentos anexos personas morales					Documentos anexos personas físicas				
Acta constitutiva	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Del asegurado o contratante				
Cédula de identificación fiscal	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Identificación oficial	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
¿Cuál? _____					¿Cuál? _____				
Comprobante de domicilio	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	CURP y/o RFC	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
¿Cuál? _____					¿Cuál? _____				
Poder	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Comprobante de domicilio ⁴	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
					¿Cuál? _____				
Apoderado Legal (Datos Generales)									
Nombre completo (Apellido paterno, apellido materno, nombre(s))									
R.F.C. ¹ <small>(si cuenta con él)</small>	Letras	Año	Mes	Día	Homoclave	CURP ² <small>(si cuenta con él)</small>			Fecha de Nacimiento (PF) Día Mes Año
Nacionalidad	En caso de ser extranjero indicar:				<input type="checkbox"/> FMT Turista	<input type="checkbox"/> FMN (Negocios)	<input type="checkbox"/> Inmigrado		
<input type="checkbox"/> Mexicana	País: _____						<input type="checkbox"/> FM3 Calidad Migratoria		
<input type="checkbox"/> Extranjera	No. pasaporte: _____						<input type="checkbox"/> FM2 Del extranjero		
Ocupación o profesión (PF)									
Domicilio particular en México									
Calle					No. exterior	No. interior	Colonia		
C.P.	Delegación o Municipio			Ciudad y/o Población			Entidad Federativa		
Teléfono (1)	Ext	Teléfono (2)	Ext	Correo electrónico y/o página internet ³ (si cuenta con ella)					
<small>Lada </small>		<small>Lada </small>							
Domicilio en el país de origen (sólo para extranjeros)									
Teléfono (1)	Ext	Teléfono (2)	Ext	Correo electrónico y/o página internet ³ (si cuenta con ella)					
<small>Lada </small>		<small>Lada </small>							
Documentos									
Identificación oficial	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	¿Cuál?	_____			
Comprobante de domicilio ⁴	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	¿Cuál?	_____			
Documento con que acredite su representación (en caso de ser extranjero el documento debe estar debidamente legalizado o apostillado)	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>					
Documento que acredite su estancia legal en el país (sólo para extranjeros)	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>					
PM= Persona Moral PF= Persona Física 1 Para personas físicas RFC con homoclave sólo si cuenta con él, si no es así poner leyenda que diga " No se cuenta con el" 2 Sólo para personas físicas en caso de contar con él, si no es así poner leyenda que diga " No se cuenta con el" 3 Sólo en caso de contar con el, si no es así poner leyenda que diga " No se cuenta con el" 4 No es necesario incluir un comprobante si el domicilio manifestado es el mismo que aparece en la identificación									
Se hace constar que la presente solicitud se preparó con la información y documentación original que se presentó y tuvo a la vista.									
<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px; display: inline-block; margin-left: 50px;"></div> Número de oficina									