

**DATOS Y DOCUMENTOS
ASEGURADO / BENEFICIARIO**

Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno
DD / MM / AAAA Fecha de Nacimiento	RFC	CURP*
Nacionalidad	País de Nacimiento	# Serie Firma Electrónica Avanzada*
Calle, Avenida o Vía	# Interior – Exterior	Colonia
Ciudad o Población	Delegación o Municipio	Entidad Federativa
C.P.	Teléfono(s)	Correo Electrónico*
Ocupación, profesión o actividad	Especifique ocupación o actividad	

¿Ocupa o ha ocupado en los últimos 2 años algún cargo o función pública? SI _____ NO _____

Especifique cargo _____

Nota: Si el asegurado o beneficiario es o ha sido funcionario público destacado, por favor recabe la información correspondiente al anexo A.

Hago constar que las copias simples de los documentos que se anexan a este formato, fueron cotejadas contra su original.

Nombre, fecha, firma (en caso de ser Agente de Seguros o Empleado especificarlo)

Documentos a recabar	Si	No
Identificación Oficial		
Constancia de la CURP*		
Cédula Fiscal*		
Comprobante de inscripción FEA*		
Comprobante de domicilio		

*Cuando cuente con el dato o documento

Siniestro No. _____

En caso de actuar mediante Apoderado o Representante legal:

DATOS DEL APODERADO O REPRESENTANTE LEGAL

Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno
Nacionalidad	Puesto o Cargo	
Calle, Avenida o Vía	# Interior – Exterior	Colonia
Ciudad o Población	Delegación o Municipio	Entidad Federativa
C.P.	Teléfono(s)	Correo Electrónico*

Hago constar que las copias simples de los documentos que se anexan a este formato, fueron cotejadas contra su original.

Nombre, fecha, firma (en caso de ser Agente de Seguros o Empleado especificarlo)

Documentos a recabar	Si	No
Identificación Oficial		
Documento que acredite el carácter de apoderado		

*Cuando cuente con el dato o documento