

Número de póliza:	Fecha (DD/MM/AAAA):
-------------------	---------------------

Datos del beneficiario

*Apellido paterno		*Apellido materno		*Nombre(s)	
*R.F.C.		C.U.R.P.		Correo electrónico	
*Fecha de nacimiento (DD/MM/AA)	*Nacionalidad	*País de nacimiento	*Entidad Federativa de nacimiento	*Teléfono	
*Ocupación o profesión			No. de serie de la firma electrónica avanzada		

Domicilio

*Calle:	*Núm. Ext.:	*Núm. Int.:	*Colonia:	*C.P.
*Delegación / Municipio:		*Estado:	*Ciudad o población:	

Documentación anexa del beneficiario

*Identificación oficial	Sí ☐ No ☐	Indica cual: _____
C.U.R.P.	Sí ☐ No ☐	
R.F.C.	Sí ☐ No ☐	
Certificado de la firma electrónica avanzada	Sí ☐ No ☐	Número de serie: _____
*Comprobante de domicilio (antigüedad no mayor a 3 meses)	Sí ☐ No ☐	Indica cual: _____
Documento que acredite su legal estancia en el país (en el caso de extranjeros)	Sí ☐ No ☐	Indica cual: _____

Observaciones y/o Comentarios adicionales

Declaro bajo protesta de decir verdad, que la información asentada en este formato es fidedigna y que actúo en mi nombre y por cuenta propia.

*Nombre y firma del beneficiario

*Nombre y firma de la persona que realizó la entrevista personal

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 *, señala que no cuentas 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.