Persona Moral

Siniestro No._____

DATOS Y DOCUMENTOS
ASEGURADO / BENEFICIARIO

_____ _____
Denominación o Razón Social | Folio Mercantil

__DD__/__MM__/__AAAA__ _____ _____
Fecha de Constitución | RFC | # Serie Firma Electrónica Avanzada*

_____ _____ _____
Nacionalidad | Teléfono(s) | Correo Electrónico*

_____ _____ _____
Calle, Avenida o Vía | # Interior – Exterior | Colonia

_____ _____ _____
Ciudad o Población | Delegación o Municipio | Entidad Federativa

_____ _____
C.P. | Giro Mercantil, Actividad u Objeto Social

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
Escritura constitutiva o documento que acredite su legal existencia		
Cédula de identificación Fiscal		
Comprobante de inscripción FEA*		
Comprobante de domicilio		
Identificación oficial (apoderado)		
Documento que acredite el carácter de apoderado		

*Cuando cuente con el dato o documento