

Persona Física

En caso de que no aplique alguna información, deberá indicar: NA

Este documento no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras. Favor de llenar un formato para cada persona relacionada con el siniestro (asegurado, contratante y beneficiario final).

Datos del asegurado/ contratante/ beneficiario (cuando sean diferentes)

Nombre (Completo):	Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre(s)		
R.F.C con homoclave:	<input type="checkbox"/> En caso de contar con él	CURP:	<input type="checkbox"/> En caso de contar con él
Domicilio (en caso de contar con domicilio en el extranjero indicarlo):	Domicilio Extranjero:		
	(calle, número exterior, número interior, colonia, delegación, municipio, ciudad, entidad federativa, código postal)		
Fecha de nacimiento:	<input type="text"/> DD / MM / AAAA	Nacionalidad:	<input type="text"/> Entidad Federativa: <input type="text"/>
País de nacimiento:	<input type="text"/>	Teléfono:	<input type="text"/> Correo electrónico: <input type="text"/>
Tipo de identificación oficial:	<input type="text"/> (pasaporte, credencial INE, forma Migratoria vigente que acredite su legal estancia en el país)		
Número de identificación / folio:	<input type="text"/>	Emisor de ID presentada:	<input type="text"/>
Ocupación, profesión, actividad o giro del negocio al que se dedica:	<input type="text"/>		
Nombre de la empresa en que labora:	<input type="text"/>		
Número de serie del Certificado Digital para la firma Electrónica Avanzada (cuando se cuente con ella):	<input type="text"/>		

Por favor, indicar en el recuadro si:

¿Ha sido durante el último año, funcionario de gobierno (nacional o extranjero) de alta jerarquía o miembro importante de un partido político?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Es o ha sido cónyuge o concubina, padre o dependiente económico de alguno de los mencionados en la pregunta anterior?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
En caso de haber contestado afirmativamente alguna de las preguntas anteriores: ¿Tiene un negocio propio o es accionista de alguna sociedad	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Declarativa del beneficiario

¿Actúa a nombre y por cuenta propia?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
--------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

Documentos cotejados contra original y solicitados en copia al asegurado (Legibles)

1. Identificación personal vigente en donde aparezca fotografía, domicilio y firma	<input type="checkbox"/>
2. Clave Única de Registro de Población	<input type="checkbox"/>
3. Cédula de identificación fiscal (En caso de contar con ella)	<input type="checkbox"/>
4. Comprobante de domicilio en caso de no señalarse en la identificación Todos los comprobantes con una vigencia no mayor a 3 meses de su fecha de emisión.	<input type="checkbox"/>
5. Firma electrónica avanzada	<input type="checkbox"/>

Persona de nacionalidad extranjera

1. Pasaporte y/o documento que acredite su calidad migratorio en el país (forma migratoria vigente que acredite su legal estancia en el país)	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

Acepto y reconozco a nombre de mi representada que la aseguradora no procederá a pago alguno, hasta que haya cumplido satisfactoriamente con los requisitos de identificación establecidos en el presente documento. Por virtud del presente documento, autorizo a Zurich Compañía de Seguros, S.A. y/o Zurich Vida Compañía de Seguros, S.A. y/o Zurich Aseguradora Mexicana S.A. de C.V. para que realice las investigaciones pertinentes respecto a la información aquí proporcionada, en caso de modificarse la información proporcionada, daré aviso inmediato a la mencionada aseguradora. Por este medio manifiesto bajo protesta de decir verdad que he verificado los datos y la información proporcionada, la cual es la correcta, verdadera y actualizada a esta fecha.

Para los efectos legales a que haya lugar, este documento será considerado como una entrevista. Los datos personales serán tratados de conformidad con lo dispuesto en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, la reglamentación respectiva y el Aviso de Privacidad que está a su disposición en la página de Internet: www.zurich.com.mx. Por favor consulte el Aviso de Privacidad antes de proporcionar sus datos.

Fecha

Nombre y firma del contratante, asegurado y/o beneficiario