

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	
				*Teléfono	
*Ocupación o profesión				No. de serie de la firma electrónica avanzada	

### Domicilio

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

### Documentación anexa del beneficiario

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

### Observaciones y/o Comentarios adicionales

---



---



---

Declaro bajo protesta de decir verdad, que la información asentada en este formato es fidedigna.

\_\_\_\_\_  
 \*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.