

Persona Moral

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).

Sec I. Datos del asegurado/ contratante/ beneficiario (cuando sean diferentes):

Denominación o razón social:

R.F.C con homoclave (sólo empresas nacionales):

Domicilio (en caso de ser extranjero indique domicilio en que permanece en territorio nacional):
 (calle, número exterior, número interior, colonia, delegación, municipio, ciudad o población, entidad federativa, código postal)

Fecha de constitución: DD / MM / AAAA Nacionalidad:

Folio Mercantil del acta constitutiva (sólo empresas nacionales): Teléfono(s) de la empresa:

Página web (opcional): Correo electrónico:

Giro mercantil u objeto social:

Nombre del apoderado:
Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre(s)

País y Nacionalidad del apoderado:

Número de serie del Certificado Digital para la firma Electrónica Avanzada:

Sec. II Documentos Cotejados Contra Original y Solicitados en copia al Asegurado (legibles)

- 1. Identificación personal vigente en donde aparezca fotografía, domicilio y firma
- 2. R.F.C. Cédula de identificación fiscal con homoclave y/o TAX ID NUMBER (R.F.C. Persona Moral):
- 3. Comprobante de domicilio (Persona Moral, no mayor a 3 meses).
- 4. Testimonio o copia certificada de la escritura constitutiva inscrita en el Registro Público de Comercio, que acredite fehacientemente su legal existencia y que contenga la escritura accionaria.
- 5. Testimonio o copia certificada del instrumento que contenga los poderes del representante(s) legal(s) expedido por fedatario público, cuando no estén contenidos en la escritura constitutiva.
- 6. Comprobante de inscripción para la Firma Electrónica Avanzada (cuando cuente con ella):
- 7. En caso de ser empresa extranjera, copia debidamente legalizada o apostillada traducida al español por perito certificado del documento que compruebe fehacientemente su legal existencia y estructura accionaria.
- 8. Comprobante de domicilio declarado en la primera sección del presente documento.
- 9. Identificación de la persona Física que ejerza el Control
- 10. Si es identificado como cliente de Alto o Medio Riesgo:
Organigrama de la Persona Moral que incluya Nombre completo y posición de los miembros.
Organigrama del Consejo de Administración o su equivalente que incluya Nombre completo y posición.

Sec. III Favor de llenar esta sección sólo en caso de que la Persona Moral sea extranjera:

Domicilio en su país de origen:
(calle, número exterior, número interior, colonia, delegación, municipio, ciudad o población, entidad federativa, código postal)

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 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 representante legal