

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: En caso de contar con él CURP: En caso de contar con él

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 nacimiento: DD / MM / AAAA Nacionalidad:

País de nacimiento: Teléfono:

Tipo de identificación oficial:
(pasaporte, credencial INE, forma Migratoria vigente que acredite su legal estancia en el país)

Número de identificación / folio: Emisor de ID presentada:

Ocupación, profesión, actividad o giro del negocio al que se dedica:

Nombre de la empresa en que labora:

Número de serie del Certificado Digital para la firma Electrónica Avanzada (cuando se cuente con ella):

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 No

¿Es o ha sido cónyuge o concubina, padre o dependiente económico de alguno de los mencionados en la pregunta anterior? Si No

En caso de haber contestado afirmativamente alguna de las preguntas anteriores: ¿Tiene un negocio propio o es accionista de alguna sociedad? Si No

Declarativa del beneficiario

¿Actúa a nombre y por cuenta propia? Si No

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

1. Identificación personal vigente en donde aparezca fotografía, domicilio y firma

2. Clave Única de Registro de Población (En caso de contar con ella)

3. Registro Federal de Contribuyentes (En caso de contar con el)

4. Comprobante de domicilio en caso de no señalarse en la identificación (no mayor a 3 meses de su fecha de emisión)

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)

Acepto y reconozco 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