



# Formato de Identificación de Cliente

# PERSONA FÍSICA

El contratante y/o Asegurado, Representante Legal y/o Apoderado deberá llenar las preguntas que adelante se formulan, a menos de que en ella se especifique lo contrario:

Datos del Asegurado									
Nombre Completo ( Apellido Paterno, Apellido Materno y Nombres (1) (2))									
Fecha de Nacimiento: (1)(2)			R.F.C. (Cuando cuente con el) (2)				CURP (Clave única de Registro de Población) Cuando cuente con ella. (2)		
Día	Mes	Año	Letras	Año	Mes	Día	Homoclave		
			Nacionalidad (2):				País de Nacimiento (2)		Ocupación y/o Profesión
¿Estima gastar más de \$2,500 USD anuales en productos de seguro? (1)(2)			Correo electrónico ( En su caso) (2)				Número de serie del certificado digital de la Firma Electrónica Avanzada, cuando cuente con ella: (2)		
<input type="checkbox"/> SI			<input type="checkbox"/> NO						
Tipo de Identificación: (2)						No. de Identificación: (2)			

Domicilio (1) (2)			
Calle	Número Exterior	Número Interior	Colonia
Cod. Postal	Delegación / Municipio		Ciudad o Población
Entidad Federativa		Teléfono	

Domicilio Adicional			
Calle	Número Exterior	Número Interior	Colonia
Cod. Postal	Delegación / Municipio		Ciudad o Población
Entidad Federativa		Teléfono	

En caso de ser asegurado extranjero ¿Cuáles son las razones por las que ha elegido celebrar un contrato en la República Mexicana?

Artículo 140 Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros (1)(2)			
¿ Ha sido jefe de estado o de gobierno, líder político, funcionario gubernamental, judicial o militar de alta jerarquía, alto ejecutivo de empresa estatal o funcionario a miembro importante de partidos políticos?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿ Su cónyuge, padres, hijos, se encuentran en alguno de los dos casos mencionados anteriormente?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Tiempo o Periodo: _____		Parentesco: _____	

¿Actúa en nombre y cuenta propia?(1)(2)		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
En caso negativo: Mencione el Nombre Completo ( Apellido Paterno, Apellido Materno y Nombres) y/o Denominación o Razón Social del Tercero por el que actúa:			
Calle	Número Exterior	Número Interior	Colonia
Cod. Postal	Delegación / Municipio		Ciudad o Población
Entidad Federativa		Teléfono	
Nacionalidad		Número de Pasaporte	Vigencia del pasaporte

(1) Obligatorios en contratación de prima menor a 2,500 USD  
 (2) Obligatorios en contratación de prima entre 2,500 a 7,500 USD  
 Para primas mayores a 7,500 USD todos los datos son obligatorios, y éste formato deberá estar firmado por el Asegurado.

Por este medio manifiesto bajo protesta de decir verdad que he verificado los datos y la información proporcionada, la cual es correcta, verdadera y actualizada a esta fecha.  
 \* Este documento no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras  
 El presente documento sera considerado como Entrevista, a que se refiere el artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, Capitulo II, disposición Quinta.  
 Declaro conocer y estar de acuerdo con el Aviso de Privacidad de AIG Seguros México, por lo que de conformidad con lo dispuesto por la ley Federal Datos Personales en Posesión de los Particulares, autorizo que los datos personales proporcionados en esta solicitud puedan utilizarse para todos los fines del contrato de seguro.

Nombre y Firma del Contratante y/o Asegurado y/o Agente	Lugar y Fecha