

Datos Generales

Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social

Domicilio: Calle

No Interior

Código Postal

Alcaldía o Municipio

Ciudad o Población

Estado

Teléfono Particular

Teléfono Celular

Nacionalidad

País de nacimiento

Correo electrónico

Para Personas Físicas: CURP

Número de serie de certificado de la FIEL (2)

RFC

Ocupación o profesión

Actividad Económica

Giro Mercantil

¿El asegurado o contratante es una persona políticamente expuesta?

Si

No

Fecha de Nacimiento/ Constitución de la empresa

Día Mes Año

--	--	--	--	--	--	--	--

Identificación Oficial

¿Mantiene vínculos de parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado con Persona Políticamente Expuesta?

Si

No

Tipo de Identificación

Número de Folio

Emisor

Vigencia

Nombre

Parentesco

Para Personas Morales

Nombre(s) del (los) representante(s) legal(es)

Datos de los poderes del representante legal

Nombre del Notario

No. de notario público

No. Escritura

Entidad federativa en la que da fe

Datos de la constitución

Nombre del Notario

No. de notario público

No. de escritura donde consta la constitución

Folio mercantil del registro público

Fecha de inscripción en el registro público

Día Mes Año

--	--	--	--	--	--	--	--

Entidad federativa en la que da fe

Documentos Anexos

Contratante, Beneficiario, Tercero o Apoderado Legal

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Identificación Oficial | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> No |
| 2. Comprobante de domicilio | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Cuál? | | |
| 3. Cédula Fiscal o CURP | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> No |
| 4. Comprobante de la inscripción a la FIEL (1) | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> No |
| 5. Declaración firmada | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> No |

Adicionalmente para Personas Morales

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Poder Notarial | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> No |
| 2. Acta Constitutiva | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> No |
| 3. FIEL (Firma electrónica avanzada) | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> No |
| 4. Oficio nombramiento (Sector público) | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> No |

Manifiesto que la información contenida en este documento es verídica y autorizo a que pueda ser corroborada cuando Momento Seguros, S.A. de C.V., lo considere necesario, así mismo manifiesto que actúo:

(1) Sólo en el caso de que cuente con ellos.

A nombre y por cuenta propia A nombre y cuenta de un tercero

Nombre

Asegurado, Contratante, Beneficiario, Tercero o Representante Legal

Firma

Comprobante de entrevista

En la _____, con fecha _____, hago constatar que me presenté en el domicilio señalado en el presente formato, entrevistándome con el C. _____ para verificar y validar que la información asentada corresponde a los documentos entregados por el cliente, y en su caso cotejé dichos documentos con el original y/o copias certificadas que tuve a la vista, Informaré a Momento Seguros, S.A. de C.V. cualquier cambio que conozca respecto de la información del cliente para la correcta actualización de su expediente.

Nombre, y/o clave del quién realizó la entrevista

Firma

Datos personales

Momento Seguros S.A. de C.V., con domicilio en _____,

le informa que sus datos serán tratados únicamente para los fines del contrato de seguro. Usted podrá conocer ampliamente el Aviso de Privacidad Integral en _____. Declaro conocer y estar de acuerdo con el Aviso de Privacidad de Momento Seguros, S.A. de C.V. por lo que de conformidad con lo dispuesto por la Ley Federal de 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 cliente o del representante legal

Lugar y Fecha

Asimismo, autorizo que Momento Seguros, S.A. de C.V. comparta la información de mi siniestro, incluyendo información sensible, con mi agente de seguros. **Sí** **No**

“En caso de que usted no lo acepte favor de anular ambas casillas y **no estampe su firma**”

Nombre y firma del cliente o del representante legal

Lugar y Fecha

El tratamiento de los datos personales en Momento Seguros, S.A de C.V., se realiza de conformidad con el Aviso de Privacidad Integral que se encuentra disponible en la página de internet _____, en la sección aviso de privacidad. En caso de haber proporcionado información personal de otros titulares de datos, acepto mi obligación de informarles de esta entrega, así como los lugares en los que se encuentra disponible el Aviso de Privacidad Integral, para su consulta.