

Formato de identificación del cliente persona moral mexicana y régimen simplificado

Fecha

--	--	--

Siniestro

Datos generales del asegurado

Razón Social					
Fecha de Constitución	RFC	Giro Mercantil	Folio Mercantil	FIEL	Nacionalidad
País de Origen	Domicilio (Calle y No. Exterior e Interior)		Colonia	Código Postal	
Estado	Municipio	Población	País	Teléfono Particular (Lada + Número)	
Teléfono Oficina y/o Fax (Lada+Número)			Correo Electrónico		

Datos del apoderado

Nombre(s), Apellido Paterno, Apellido Materno					
Fecha de Nacimiento	RFC	CURP		FIEL	
Nacionalidad	País de Origen	Estado Civil	<input type="checkbox"/> Soltero	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo
Ocupación	Domicilio (Calle y No. Exterior e Interior)				
Colonia	Código Postal		Estado		
Municipio	Población	País	Teléfono Particular (Lada+Número)		
Teléfono Oficina y/o Fax: (Lada+Número)			Correo Electrónico		
Tipo de Identificación		Folio de la Identificación			

Estructura corporativa (persona moral y/o régimen simplificado)

Forma de administración de la Sociedad	Administrador único <input type="checkbox"/>	Consejo de Administración <input type="checkbox"/>
Nombre de los Contratistas	Nacionalidad	% de Participación

Datos del beneficiario (en caso de existir)

Nombre(s), Apellido Paterno, Apellido Materno y/o Razón Social					
Fecha de Nacimiento o Constitución				RFC	
Domicilio (Calle y No. Exterior e Interior)		Colonia	Código Postal		
Estado	Municipio	Población	País		

Documentos para integrar el expediente

Documentos persona moral
Cédula Fiscal
Comprobante de domicilio
Testimonio o copia certificada del Acta Constitutiva
Comprobante de inscripción para la Firma Avanzada (cuando cuente con ella)
Identificación**
Documentación que acredite la calidad del Representante/ Apoderado Legal

Identificación*	Comprobante de Domicilio**
Credencial para Votar	Suministro de energía eléctrica
Pasaporte	Telefonía residencial y celular sujeto a plan de pago
Cédula Profesional	Gas Natural
Cartilla del Servicio Militar	Derechos por suministros de agua
Certificado de Matrícula Consular	Recibo de pago del impuesto predial
Tarjeta Única de Identidad Militar	Estados de cuenta bancarios
Credenciales y/o Carnets de afiliación al IMSS o al ISSSTE	Contrato de arrendamiento, debidamente inscrito ante la autoridad fiscal correspondiente
Tarjeta de afiliación al Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores	Comprobante de inscripción ante el Registro Federal de Contribuyentes
Licencia para Conducir	
*Identificación vigente con foto y datos legibles	**Con una antigüedad no mayor a tres meses, contados a partir de la fecha de emisión **Se entregará cuando la identificación no contenga domicilio

Documentos anexos

Documentos	Asegurado	Beneficiario	Apoderado
Identificación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Comprobante de Domicilio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cédula Fiscal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Constancia de Nombramiento o Poder	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Acta Constitutiva	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Persona que cotejó los documento Ajustador Valudador Ejecutivo Agente

En este acto manifiesto que los documentos proporcionados en copia simple que tuve a la vista fueron cotejados contra sus originales, coincidiendo en todas sus partes y siendo devueltos a su propietario.

Nombre Completo y Firma: _____

Declarativa del cliente

Declaro que no actúo ni opero con recursos provenientes de actividades ilícitas y que ni yo mismo, ni terceros con mi consentimiento ni el de mi representado, realizaremos transacción alguna para desarrollar ni favorecer alguna actividad ilícita.

Nombre del asegurado _____ Firma del asegurado _____

Por medio de la presente, manifiesto que los datos y documentación proporcionada en este acto son verídicos, mismos que pueden ser comprobados cuando la institución lo considere necesario. Igualmente, ratifico que las operaciones que realice con la compañía serán en todo momento con dinero producto del desarrollo normal de mis actividades y que no provienen de la realización de actividades ilícitas.

Nombre del asegurado _____ Firma del asegurado _____

Lo anterior para dar cumplimiento a la fracción IV del anexo 9 de las Disposiciones del Artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

Hago constar que conozco y entiendo los fines y alcances del aviso de privacidad que Aba Seguros me presentó como su cliente, mismo que puedo consultar en cualquier momento en el portal www.abaseguros.com, por lo que otorgo mi total consentimiento expreso para que Aba Seguros lleve a cabo el tratamiento de mis datos personales, incluyendo aquellos que en este formato se recaban; en el entendido de que aba seguros podrá divulgarlos en los términos de dicho aviso de privacidad.

Nombre del asegurado _____ Firma del asegurado _____