

INFORMACIÓN DEL (LOS) SOLICITANTE(S) PERSONAS FÍSICAS ⁽¹⁾

Consiento y autorizo que mis datos personales, patrimoniales o financieros y sensibles, o los que haya proporcionado de otros titulares, sean tratados conforme a lo previsto en el Aviso de Privacidad.

Apellido Paterno*	Apellido Materno*	Nombre(s)*	Parentesco (para efectos de identificación)	Edad
C.U.R.P.**		R.F.C.**		

Lugar de Nacimiento*:

Ciudad / Población	Estado / Provincia	País	Nacionalidad(es)*
Fecha de Nacimiento *		Número de Identificación*:	
Día Mes Año			

Identificación / Emisor*

<input type="checkbox"/> Credencial para votar IFE	<input type="checkbox"/> Pasaporte Secretaría de Relaciones Exteriores	<input type="checkbox"/> Tarjeta de afiliación al Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores I.N.A.P.A.M	<input type="checkbox"/> Cédula Profesional Secretaría de Educación Pública	<input type="checkbox"/> Certificado de Matrícula Consular Secretaría de Relaciones Exteriores	<input type="checkbox"/> Forma Migratoria Inmigrante (F.M.2) o No Inmigrante (F.M.3) Credencial del Inmigrado Instituto Nacional de Migración
--	--	--	---	--	---

Ocupación*

<input type="checkbox"/> Empleado Activo	<input type="checkbox"/> Profesional Independiente	<input type="checkbox"/> Comerciante	<input type="checkbox"/> Jubilado	<input type="checkbox"/> Ama de casa	<input type="checkbox"/> Estudiante	<input type="checkbox"/> Otro _____
--	--	--------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

Nombre de la Empresa donde presta sus servicios	Giro de la Empresa
---	--------------------

Domicilio Particular*

Calle / Avenida	No. exterior	No. interior	Código Postal
Colonia / Barrio	Delegación / Municipio	Ciudad / Población	
Estado	País		

Teléfonos de Contacto**

Particular (LADA)	Oficina / Trabajo (LADA)	Celular (LADA)
@		

Correo electrónico**	Firma
----------------------	-------

¿Está usted obligado a presentar impuestos ante autoridades de los Estados Unidos de Norteamérica?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso positivo, especifique su Número de Seguridad Social o Número de Identificación de Impuestos (SSN o TIN por sus siglas en inglés) _____
--	---	--

Forma de Pago

Caja <input type="checkbox"/>	Depósito en Cuenta ⁽²⁾ <input type="checkbox"/>	Promotoría <input type="checkbox"/>	Clave _____	Cheque en ventanilla (exclusivo Vida Deudores) <input type="checkbox"/>
Garantía de Administración Patrimonial GAP <input type="checkbox"/>		FlexiLife Inversión <input type="checkbox"/>	Otro Producto de Inversión o Ahorro <input type="checkbox"/>	

(1) Debe tener especial cuidado en anotar su nombre y domicilio completo, legible y sin abreviaturas, ya que con base en estos datos de ser procedente la reclamación se emitirá el pago

(2) Si elige como conducto de pago el depósito en cuenta, acompañar copia del estado de cuenta bancario (no mayor a 3 meses a la fecha de la reclamación) o copia del contrato bancario que muestre la cuenta o el número de cuenta interbancaria relacionado con la cuenta de depósito, la cual deberá estar a nombre del solicitante. No es posible efectuar depósitos en cuentas a plazo fijo.

* Dato requerido

** Dato requerido en caso de contar con él.

INFORMACIÓN DEL (LOS) SOLICITANTE(S) PERSONA MORALES ⁽¹⁾

Datos generales del Solicitante:

Denominación o Razón social*		Nombre Comercial	
Giro mercantil, actividad u objeto social y países en los que tiene operaciones bajo la misma razón social*			R.F.C.* <input type="text"/>
Nacionalidad*	Número de Instrumento notarial de constitución		Folio Mercantil(3)
Fecha de Constitución*	Día	Mes	Año

DATOS DE CONTACTO

Domicilio de la Empresa*

Calle / Avenida	No. exterior	No. interior	Código Postal
Colonia / Barrio	Delegación / Municipio	Ciudad / Población	
Estado	País	Teléfono*(LADA)	
Correo electrónico**			

DATOS GENERALES DE APODERADO Y/O REPRESENTANTE LEGAL ⁽³⁾

Consiento y autorizo que mis datos personales, patrimoniales o financieros y sensibles, o los que haya proporcionado de otros titulares, sean tratados conforme a lo previsto en el Aviso de Privacidad.

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)
Nacionalidad	Firma del apoderado y/o representante legal	
¿Está usted obligado a presentar impuestos ante autoridades de los Estados Unidos de Norteamérica?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso positivo, especifique su Número de Seguridad Social o Número de Identificación de Impuestos (SSN o TIN por sus siglas en inglés)

Forma de Pago

Caja Depósito en Cuenta⁽²⁾ Promotoría Cheque en ventanilla (exclusivo Vida Deudores)

Clave

Garantía de Administración Patrimonial GAP FlexiLife Inversión Otro Producto de Inversión o Ahorro

(1) Debe tener especial cuidado en anotar su nombre y domicilio completo, legible y sin abreviaturas, ya que con base en estos datos de ser procedente la relación se emitirá el pago

(2) Si elige como conducto de pago el depósito en cuenta, acompañar copia del estado de cuenta bancario (no mayor a 3 meses a la fecha de la reclamación) o copia del contrato bancario, relacionado con la cuenta de depósito que deberá estar a nombre del solicitante. No es posible efectuar depósitos en cuentas a plazo fijo.

(3) Dato adicional requerido para empresas de nacionalidad mexicana

* Dato requerido

** Dato adicional requerido en caso de contar con él.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CGEN-S0034-0105-2013 de fecha 25 de abril de 2013, tratándose de póliza de seguro individual o CGEN-S0034-0106-2013 de fecha 25 de abril de 2013, tratándose de póliza de seguro de grupo. En tanto que la cláusula de Aviso de Privacidad se encuentra registrada bajo el registro número CGEN-S0034-0124-2013 de fecha 5 de julio de 2013.