

Formato de identificación del cliente persona física mexicana

Fecha

--	--	--

Siniestro

Datos generales del asegurado

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	

Datos generales del beneficiario

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	

Datos generales del beneficiario

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	

Documentos válidos para identificación

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 <input type="checkbox"/>		Beneficiario <input type="checkbox"/>		Apoderado <input type="checkbox"/>	
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
CURP	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
FIEL	<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.

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 _____

Chubb Seguros México, S.A., con domicilio ubicado en Av. Paseo de la Reforma No. 250, Edificio Capital Reforma, Torre Niza, Piso 15, Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06600, en la Ciudad de México, es responsable del tratamiento de sus datos personales, los que serán utilizados para las siguientes finalidades: analizar la emisión de Pólizas de Seguros y pago de siniestros, integración de expediente, contacto, auditorías externas para emisión de dictámenes de nuestra compañía, así como para el ofrecimiento promoción y venta de diversos productos financieros y cumplimiento de obligaciones legales. Para mayor información acerca del tratamiento y los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al Aviso de Privacidad Integral en la siguiente dirección: <https://www2.chubb.com/mx-es/>