



Este documento no será válido si tiene tachaduras o enmendaduras.

### Favor de llenar una solicitud por cada beneficiario

El representante legal del beneficiario deberá llenar, en representación de la persona moral, **todas las preguntas** que en adelante se formulan, a menos de que en ella se especifique lo contrario.

### Datos del beneficiario Persona Moral

Denominación o razón social:

---

R.F.C. (con homoclave):

---

Domicilio (calle, número, colonia, municipio, estado, código postal)

Teléfono oficina 1:

---

Teléfono oficina 2:

---

Teléfono oficina 3:

---

Número de serie del certificado digital de la FEA:

---

Fecha de constitución:

Nacionalidad:

Cuento con  
correo electrónico:

Correo electrónico:

Folio mercantil:

Día  Mes  Año

Sí  No

Giro mercantil u objeto social:

---

Representante legal:

---

¿El monto de la indemnización que cobrará como beneficiario es igual o superior al equivalente en moneda nacional a diez mil dólares de los Estados Unidos de América? (Tome en cuenta el tipo de cambio del día hábil bancario inmediato, anterior a la fecha).

Sí

No

El presente documento será considerado como entrevista, a que se refiere el artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, Capítulo II, disposición Quinta.

Los datos personales serán tratados de conformidad con lo dispuesto en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares, la reglamentación respectiva y el aviso de privacidad que está a tu disposición en la página de internet: [www.aig.com.mx](http://www.aig.com.mx) Por favor consulta el aviso de privacidad antes de proporcionar tus datos.

**Favor de anexar al presente formato los documentos siguientes:**

1. Identificación del representante legal, vigente y con fotografía (credencial para votar, pasaporte, cédula profesional, cartilla del servicio militar nacional).
2. Cédula de identificación fiscal (RFC).
3. Comprobante de domicilio (de la Persona Moral).
4. Testimonio o copia certificada de la escritura constitutiva inscrita en el Registro Público de Comercio, que acredite fehacientemente su legal existencia y que contenga la escritura accionaria.
5. Testimonio o copia certificada del instrumento que contenga los poderes del representante o representantes legales expedido por fedatario público, cuando no estén contenidos en la escritura constitutiva.
6. Comprobante de inscripción para la F.E.A.

<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

**Llene esta sección sólo en caso de que el apoderado legal sea extranjero**

Domicilio en el que pueden ubicarse mientras permanecen en territorio nacional (calle, número, colonia, municipio, estado, código postal)

---

---

---

Domicilio en su país de origen (calle, número, colonia, municipio, estado, código postal)

---

---

---

**Favor de anexar al presente formato los documentos siguientes:**

- Copia debidamente legalizada o apostillada del documento que compruebe fehacientemente su legal existencia y estructura accionaria.
- Identificación oficial del representante legal.
- Comprobante de domicilio declarado.

<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Por este medio manifiesto bajo protesta de decir verdad que he verificado los datos y la información proporcionada, la cual es la correcta, verdadera y actualizada a esta fecha.

Por virtud del presente documento, autorizo a AIG Seguros México, S.A. de C.V., para que realice las investigaciones pertinentes respecto a la información aquí proporcionada, incluso en el Buró Nacional de Crédito y, acepto que, en caso de modificarse la misma, daré aviso inmediato a la mencionada aseguradora.

Acepto y conozco que la aseguradora no procederá a pago alguno, hasta que yo haya cumplido satisfactoriamente con los requisitos de identificación establecidos en el presente documento.

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

X

Nombre y firma del beneficiario y/o asegurado

\_\_\_\_\_