

CONTRATANTE - PERSONA FÍSICA

Nombres (s)			Apellido Paterno			Apellido Materno		
Fecha de Nacimiento			Género		Nacionalidad		Actividad Económica	
Día	Mes	Año	M	País de nacimiento		Entidad federativa de nacimiento		
			H					
Ocupación o Profesión				Teléfono				
Correo electrónico				CURP		RFC (con homoclave)		
No. Serie del Certificado FIEL (opcional)				Régimen Fiscal		Uso de CFDi		
Tipo de identificación				Folio de identificación		Institución emisora		
Domicilio: Calle						No. Exterior		No. Interior
						Código Postal		
Colonia			Estado		Alcaldía o Municipio		Población o Ciudad	
No. de identificación fiscal extranjeros (opcional)				País que emite (opcional)				
En el último año, ¿ha desempeñado algún cargo en el gobierno estatal, municipal o federal?								SI ☐ NO ☐
Cargo y dependencia								
En los últimos dos años, ¿usted o su cónyuge, concubina(rio), o parientes hasta el segundo grado, han desempeñado algún cargo en el gobierno estatal, municipal o federal, partidos políticos o empresas estatales, en territorio nacional o extranjero?								SI ☐ NO ☐
Cargo y dependencia								
¿Actúa en nombre o representación de un tercero?						SI ☐ NO ☐		
En caso afirmativo, deberá llenar la siguiente sección:								
Propietario Real: Nombre(s) o denominación			Apellido Paterno			Apellido Materno		
Fecha de nacimiento o constitución			Género		Nacionalidad		Actividad Económica	
Día	Mes	Año	M	País de nacimiento o constitución		Entidad federativa de nacimiento o const.		
			H					
Ocupación, profesión o giro				Teléfono		Correo electrónico		
CURP (físicas) o folio mercantil (morales)				RFC (con homoclave)		No. Serie del Certificado FIEL (opcional)		
Régimen Fiscal								
Accionistas (solo para persona moral)								
Nombre o denominación social accionista				Porcentaje accionario		RFC o Número Fiscal		

PERFIL TRANSACCIONAL (LLENAR PARA CONTRATANTE PERSONA FÍSICA O PERSONA MORAL)

¿Cuál es la cantidad máxima que gastará en productos Plenit en los próximos 6 meses?

¿Cuántas operaciones de seguros realizará con Plenit en los próximos 6 meses?

Moneda a utilizar ☐ Nacional ☐ Extranjera Sector en el que opera ☐ Público ☐ Privado

Método usual de pago

☐ T. Débito ☐ T. Crédito ☐ Trans. Bancaria ☐ Pago Bancario Ref. Otro

Origen de recursos

☐ Salarios ☐ Ahorro ☐ Inmuebles ☐ Honorarios ☐ Herencia ☐ Negocio Otro (¿cuál?)

Frecuencia de pago ☐ Anual ☐ Semestral ☐ Trimestral ☐ Mensual

En caso de que por un error involuntario en el llenado de esta sección exista una discrepancia contra los documentos oficiales proporcionados, acepto que los datos se modifiquen a lo establecido en mis documentos oficiales para la emisión de mi póliza.

IMPORTANTE leer antes de llenar esta solicitud. Se previene al solicitante que conforme a los Artículos 8, 9, 10 y 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, debe declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo a que se refiere esta solicitud, tal y como los conozca o deba conocer en el momento de firmar la misma, en la inteligencia que la omisión, falsedad o inexacta declaración de algún hecho podría originar la pérdida de derechos del Asegurado y/o su(s) Beneficiario(s) en su caso, aunque no haya influido en la realización del siniestro. Si el contrato se celebra por un representante del Asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado. **Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por Plenit Compañía de Seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.**

SOLICITANTE TITULAR (LLENAR EN CASO DE QUE EL TITULAR SEA DIFERENTE AL CONTRATANTE)

Nombres (s) Apellido Paterno Apellido Materno

Fecha de Nacimiento Género Estado Civil
Día Mes Año M ☐ H ☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐

Ocupación o Profesión Teléfono

Correo Electrónico CURP RFC (con homoclave)

Describe a detalle sus labores actuales

Domicilio: Calle No. Exterior No. Interior Código Postal

Colonia Estado Alcaldía o Municipio Población o Ciudad

BENEFICIARIOS

Nombre Parentesco Fecha de Nacimiento % Asignado

HÁBITOS Y DEPORTES

Peso (kg)	¿Fuma?	Tipo, cantidad y frecuencia	En caso de haber dejado de fumar, indicar el tiempo de no consumo
	Si ☐ No ☐		
Estatura (m)	¿Ingiere drogas?	Tipo, cantidad y frecuencia	En caso de haber dejado de consumir drogas, indicar el tiempo de no consumo
	Si ☐ No ☐		
	¿Ingiere bebidas alcohólicas?	Tipo, cantidad y frecuencia	En caso de haber dejado de consumir bebidas alcohólicas, indicar el tiempo de no consumo
	Si ☐ No ☐		
¿Practica algún deporte?	Deporte	Frecuencia	De forma profesional (percibe remuneración) Si ☐ No ☐
Si ☐ No ☐			

OCUPACIÓN

¿Alguno de los solicitantes trabaja o se dedica actualmente a alguna de las siguientes actividades?

	Titular	Solicitantes			
		2	3	4	
1. Labores administrativas	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	
2. Operador de maquinaria pesada	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	
3. Trabaja con explosivos, solventes, productos químicos peligrosos o sustancias radioactivas	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	
4. Visita o asiste a obras o construcciones	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	
5. Utiliza, maneja o se relaciona con el uso o portación de armas de fuego, seguridad o rescate	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	
6. Su actividad es agrícola con uso de fertilizantes, pesticidas, herbicidas, etc.	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	
7. Utiliza motocicleta	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	
8. Viaja en aviones particulares más de 40 horas anuales	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	

CUESTIONARIO MÉDICO

	Titular	Solicitantes			
		2	3	4	
1. Alguno de los solicitantes padece o ha padecido de:					
a) Hipertensión arterial, infarto al miocardio, fiebre reumática, esclerosis, lupus, enfermedades del corazón, inmunológicas, SIDA	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	
b) Enfisema pulmonar, asma, tuberculosis, afecciones respiratorias	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	
c) Hepatitis, cirrosis, insuficiencia hepática, enfermedades del hígado, intestinos, úlcera gástrica, vesícula biliar o apéndice	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	
d) Diabetes, epilepsia, próstata, riñones, tiroides, cáncer	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	
e) Demencia, enfermedad neurológica	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	
2. ¿Actualmente padece o ha padecido alguna enfermedad, lesión, afección, trastorno de la salud no mencionado en la pregunta número 1?	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	
3. ¿Alguno de los solicitantes ha sido hospitalizado para diagnóstico, tratamiento o le han practicado alguna cirugía por enfermedad, accidente, modificación o alteración reconstructiva, estética o congénita?	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	
4. ¿Alguno de los solicitantes tiene pendiente el ingreso a un hospital o alguna cirugía?	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	

EN CASO DE QUE ALGUNA RESPUESTA SEA AFIRMATIVA, FAVOR DE CONTESTAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN

Solicitante	No. de Pregunta	No. de Inciso	Nombre del padecimiento o enfermedad	Fecha de Inicio			¿Estuvo hospitalizado?
				Día	Mes	Año	
☐							Sí ☐ No ☐
☐							Sí ☐ No ☐

Solicitante	Tratamiento								¿Toma medicamento actualmente?	¿Estado de salud actual?	
	1. Quirúrgico	2. Médico	3. Quimioterapia	4. Radioterapia	5. Trasplante	6. Psicólogo	7. Rehabilitación	8. Ninguno		En tratamiento	Sano
☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	7 ☐	8 ☐	Sí ☐ No ☐ ¿Cuál?	☐	☐
☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	7 ☐	8 ☐	Sí ☐ No ☐ ¿Cuál?	☐	☐

PLAN Y COBERTURAS

	Suma Asegurada		Suma Asegurada
Muerte accidental	\$	Cáncer femenino	\$
Pérdidas orgánicas por accidente A ☐ B ☐	\$	Cáncer masculino	\$
Invalidez total y permanente por accidente	\$	Enfermedades terminales del hígado	\$
Fractura de huesos	\$	Infarto al miocardio	\$
Quemaduras graves	\$	Accidente vascular cerebral	\$
Indemnización por diagnóstico de cáncer	\$	Insuficiencia renal crónica	\$

COBRANZA

Forma de pago	Medios de pago	Tipo de tarjeta o cuenta
Anual ☐ Semestral ☐ Trimestral ☐ Mensual ☐	Cargo a tarjeta ☐ SPEI ☐ Domiciliación ☐	Tarjeta de crédito ☐ Tarjeta de débito ☐

Número de tarjeta o cuenta Fecha de Vencimiento Mes Año Código CVV Banco

¿El contratante es el titular de la tarjeta o cuenta? Sí ☐ No ☐ Si la respuesta es negativa, favor de llenar la sección de Complemento de Cobranza, página 10.

Autorizo a la institución bancaria o financiera, según corresponda, para que realice a mi nombre los pagos por concepto de este seguro, por los montos y periodicidad que se detallan, con cargo a mi tarjeta de débito o crédito, a favor de Plenit Compañía de Seguros, S.A. de C.V., liberando de cualquier responsabilidad a la institución bancaria o financiera elegida y a Plenit. Cuando la transacción sea con cargo a tarjeta de débito o crédito, cuenta bancaria, transferencia electrónica o depósito bancario el estado de cuenta, recibo, comprobante, o folio de confirmación de la transacción que corresponda, hará prueba plena del pago realizado, hasta que Plenit Compañía de Seguros, S.A. de C.V. entregue el comprobante de pago respectivo.

Término máximo para el pago de prima anual o de cada una de las fracciones correspondientes, en caso de pago fraccionado, será de 30 días naturales. Si la prima o cualquiera de sus fracciones no se pagan dentro del plazo convenido, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las 12 horas del último día.

El agente se obliga a verificar los datos de la tarjeta, responsabilizándose de su autenticidad de acuerdo con el artículo 10 de la Ley General de Títulos y Operaciones de Crédito.

INFORMACIÓN QUE DEBE PROPORCIONAR EXCLUSIVAMENTE EL AGENTE

1. ¿Cuánto tiempo hace que conoce al solicitante?
2. Si lo conoce recientemente, indique ¿quién se lo refirió?
3. ¿Su cliente solicita este seguro para cancelar alguna otra póliza expedida por esta compañía? Sí ☐ No ☐
4. ¿Confirma que el solicitante llenó y firmó de su puño y letra esta propuesta en su presencia? Sí ☐ No ☐

Hacemos de su conocimiento que de conformidad con lo dispuesto en la fracción II. del artículo 506 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, se le impondrá la pena y multa que al efecto disponga la autoridad a:
"II. Los agentes de seguros o los médicos que dolosamente o con ánimo de lucrar, oculten a una institución de seguros la existencia de hechos cuyo conocimiento habría impedido la celebración de un contrato de seguro".

Clave de agente	Nombre completo del agente	Oficina	Participación	Cesión de comisión

En mi carácter de Agente de Seguros autorizado por la Comisión Nacional de Seguros y de Fianzas para la intermediación de seguros de personas, por medio de la presente hago constar que realicé la entrevista personal con el proponente del seguro, conforme a las políticas de la aseguradora y normatividad aplicable relativas a la identificación del cliente y cuyos datos quedaron asentados en la solicitud del seguro y de quien se recabaron los datos y documentos de identificación respectivos, mismos que tuve a la vista y que obtuve la copia del documento físico, cotejado con el original para integrar al expediente del cliente.

Nombre y firma del Agente

Lugar y fecha en que se firma

UNE

Para cualquier aclaración o duda no resuelta relacionada con su seguro, le sugerimos ponerse en contacto con la Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) de Plenit Compañía de Seguros, S.A. de C.V., ubicada en 29 Sur número 127, colonia La Paz, Puebla, Puebla, C.P. 72160, por los siguientes medios: llamando al teléfono 222690-7110 para toda la República, o enviando un correo a la dirección une@plenit.mx; o bien contacte a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) con domicilio en Insurgentes Sur 762, Colonia Del Valle, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03100, al teléfono 555340-0999 para toda la República, al correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx o visite la página condusef.gob.mx

FIRMAS

Bajo protesta de decir verdad y por el principio de la buena fe, en mi carácter de Solicitante Titular y/o Contratante y en representación de los Solicitantes, declaro que el contenido de la presente solicitud es cierta y estoy de acuerdo en que con base a lo declarado la Aseguradora valorará el riesgo a contratar.

Lugar y fecha

Solicitante Titular
(o de su representante legal en caso de ser menor de edad)

Nombre y firma

Contratante
(en caso de ser diferente al Solicitante Titular)

Nombre y firma

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día _____, con el número _____.

DATOS PERSONALES Y CONSENTIMIENTO

AVISO DE PRIVACIDAD: Plenit Compañía de Seguros, S.A. de C.V., con domicilio en calle 29 Sur, número 127, colonia La Paz, C.P. 72160 Ciudad de Puebla, Puebla; es responsable del uso y protección de sus datos personales, por lo que mediante este aviso, le informamos de los datos personales que recabaremos y su uso: Datos de identificación y de contacto: Nombre completo, fecha y lugar de nacimiento, domicilio, ocupación, origen de recursos, CURP, RFC, teléfono, correo electrónico, datos de representación legal (poder); Datos de salud: hábitos, historial clínico, enfermedades y/o padecimientos suyos y de los solicitantes; Datos financieros: estado de cuenta bancaria, número de cuenta, CLABE Interbancaria. Estos podrán ser utilizados para cumplir con los fines siguientes, de conformidad con su relación jurídica con PLENIT:

CLIENTES, ASEGURADOS Y BENEFICIARIOS. Cumplir con obligaciones referentes a una relación jurídica que se pudiera llegar a dar en términos de la Ley sobre Contrato de Seguros, Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la Circular Única de Seguros y Fianzas, etc; elaborar reportes regulatorios y solicitudes de información para autoridades que así lo requieren; inspecciones, revisiones, auditorías internas y externas de carácter normativo, prevención de fraudes, validar y comprobar datos para propuestas, cotizaciones, ofertas o endosos de seguros; proveerle asesoría, cotización, suscripción, emisión y cobranza de su póliza, así como su conservación, modificación, renovación o cancelación; apoyarlo en el trámite de siniestros, canalizarlo con proveedores médicos y demás acciones necesarias para cumplir con el contrato de seguro y la legislación aplicable. Asimismo, podremos usar sus datos anonimizados para fines estadísticos.

AGENTES DE SEGUROS: Cumplir con las obligaciones derivadas de la relación jurídica entre PLENIT y el Agente, y con la normatividad aplicable; elaborar reportes regulatorios, inspecciones y auditorías, pago de bonos y comisiones, otorgarle capacitación y atención al agente y a sus clientes. Los datos personales otorgados serán tratados por el tiempo necesario con base en su relación jurídica con PLENIT y en lo establecido en el presente Aviso de Privacidad.

PLENIT solamente podrá transferir sus datos personales a terceros nacionales o extranjeros, siempre y cuando se encuentren relacionados jurídicamente con PLENIT y solo para cumplir con las finalidades primarias descritas en el Aviso de Privacidad. PLENIT solamente podrá transferir sus datos personales en los casos autorizados por la Ley. Salvo autorización expresa, sus datos personales no serán tratados para fines mercadotécnicos, publicitarios o de prospección comercial.

DERECHOS ARCO: Usted tiene en todo momento el derecho a conocer qué datos personales tenemos de usted, para qué los utilizamos y las condiciones del uso que les damos (Acceso). Asimismo, es su derecho solicitar la corrección de su información personal en caso de que esté desactualizada, sea inexacta o incompleta (Rectificación); de igual manera, tiene derecho a que su información se elimine de nuestros registros o base de datos cuando considere que la misma no está siendo utilizada adecuadamente (Cancelación); así como también, a oponerse al uso de sus datos personales para fines específicos (Oposición). Estos derechos se conocen como Derechos ARCO. Para el ejercicio de cualquiera de los derechos ARCO, se deberá presentar la solicitud respectiva a través de los formatos que estarán a su disposición en el domicilio de la empresa: calle 29 Sur, número 127, colonia La Paz, C.P. 72160 Ciudad de Puebla, Puebla; o bien, en el correo electrónico atencionclientes@plenit.mx; o bien, al teléfono 222690-7110. Los medios anteriores también servirán para conocer el procedimiento y requisitos para el ejercicio de los derechos ARCO.

REVOCACIÓN: En cualquier momento usted puede revocar su consentimiento para el uso de sus datos personales. Del mismo modo, usted puede revocar el consentimiento que, en su caso, nos haya otorgado para el tratamiento de sus datos personales. Asimismo, usted deberá considerar que para ciertos fines la revocación de su consentimiento implicará que no podamos seguir prestando el servicio que nos solicitó, o la conclusión de su relación con nosotros. Para revocar el consentimiento que usted otorga en este acto o para limitar su divulgación, se deberá presentar la solicitud respectiva mediante escrito libre, el cual deberá presentarse en nuestro domicilio o al correo electrónico señalado anteriormente. Del mismo modo, podrá solicitar la información para conocer el procedimiento y requisitos para la revocación del consentimiento, así como limitar el uso y divulgación de su información personal. La respuesta a las peticiones se dará a conocer en el plazo de quince días hábiles.

Solicitante Titular
(o de su representante legal en caso de ser menor de edad)

Nombre y firma

Contratante
(en caso de ser diferente al Solicitante Titular)

Nombre y firma

CONSENTIMIENTO PARA LA ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

Otorgo mi consentimiento para que la documentación contractual y cualquier otra información relacionada con este seguro, me sea entregada a través de la vía digital.

Sí ☐ No ☐

Por lo anterior, autorizo a Plenit Compañía de Seguros, S.A. de C.V., a realizar la entrega de la documentación contractual y cualquier otra información relacionada con este seguro en formato PDF (Portable Document Format), o cualquier otro formato electrónico equivalente a la cuenta de correo electrónico: _____.

CONTRATANTE - PERSONA MORAL

Razón Social			Fecha de Constitución		
			Día Mes Año		
Folio mercantil	Nacionalidad de la empresa	Giro mercantil	Actividad Económica		
País de constitución	Teléfono	Correo electrónico	RFC (con homoclave)		
No. Serie del Certificado FIEL (Opcional)	Régimen Fiscal	Uso de CFDI			
Nombre (s) del Representante Legal	Apellidos paterno y materno del Representante Legal		Nacionalidad		
Tipo de identificación	Institución emisora	Folio de identificación			
Domicilio: Calle			No.Exterior	No. Interior	Código Postal
Colonia	Estado	Alcaldía o Municipio	Población o Ciudad		
No. de identificación fiscal extranjeros		País que emite			

¿Actúa en nombre o representación de un tercero?

Sí ☐ No ☐ En caso afirmativo, deberá llenar la siguiente sección:

Propietario Real: Nombre(s) o denominación		Apellido Paterno	Apellido Materno
Fecha de nacimiento o constitución	Género	Nacionalidad	Actividad Económica
Día Mes Año	M ☐		
	H ☐	País de nacimiento o const.	Entidad federativa nacimiento o const.
Ocupación, profesión o giro		Teléfono	
Correo electrónico	CURP (físicas) o folio mercantil (morales)	RFC (con homoclave)	
No. Serie del Certificado FIEL (Opcional)	Régimen Fiscal		

Accionistas (Solo para Persona Moral)

Nombre o denominación social accionista	Porcentaje accionario	RFC o Número Fiscal

Dentro de la composición accionaria de la persona moral, ¿algún accionista(s), su(s) cónyuges(s) o familiar(es) (tales como padres, hermanos, abuelos, hijos, nietos del accionista o del cónyuge) desempeña o ha desempeñado (en los últimos 12 meses) funciones públicas destacadas en territorio nacional o en el extranjero? Sí ☐ No ☐

Nombres y apellidos

SOLICITANTE 2

Nombre (s)			Apellido Paterno			Apellido Materno		
Fecha de Nacimiento			Género		Estado Civil		Peso (kg)	Estatura (m)
Día	Mes	Año	M	H	Soltero(a)	Casado(a)		
Ocupación o Profesión					Parentesco con el titular			

HÁBITOS Y DEPORTES

Peso (kg)	¿Fuma?	Tipo, cantidad y frecuencia	En caso de haber dejado de fumar, indicar el tiempo de no consumo
	Si ☐ No ☐		
Estatura (m)	¿Ingiere drogas?	Tipo, cantidad y frecuencia	
	Si ☐ No ☐		
	¿Ingiere bebidas alcohólicas?	Tipo, cantidad y frecuencia	En caso de haber dejado de consumir drogas, indicar el tiempo de no consumo
	Si ☐ No ☐		
¿Practica algún deporte?	Deporte	Frecuencia	En caso de haber dejado de consumir bebidas alcohólicas, indicar el tiempo de no consumo
Si ☐ No ☐			
			De forma profesional (percibe remuneración) Si ☐ No ☐

BENEFICIARIOS

Nombre	Parentesco	Fecha de Nacimiento	% Asignado

SOLICITANTE 3

Nombre (s)			Apellido Paterno			Apellido Materno		
Fecha de Nacimiento			Género		Estado Civil		Peso (kg)	Estatura (m)
Día	Mes	Año	M	H	Soltero(a)	Casado(a)		
Ocupación o Profesión					Parentesco con el titular			

HÁBITOS Y DEPORTES

Peso (kg)	¿Fuma?	Tipo, cantidad y frecuencia	En caso de haber dejado de fumar, indicar el tiempo de no consumo
	Si ☐ No ☐		
Estatura (m)	¿Ingiere drogas?	Tipo, cantidad y frecuencia	En caso de haber dejado de consumir drogas, indicar el tiempo de no consumo
	Si ☐ No ☐		
	¿Ingiere bebidas alcohólicas?	Tipo, cantidad y frecuencia	En caso de haber dejado de consumir bebidas alcohólicas, indicar el tiempo de no consumo
	Si ☐ No ☐		
¿Practica algún deporte?	Deporte	Frecuencia	De forma profesional (percibe remuneración) Si ☐ No ☐
Si ☐ No ☐			

BENEFICIARIOS

Nombre	Parentesco	Fecha de Nacimiento	% Asignado

SOLICITANTE 4

Nombre (s)		Apellido Paterno		Apellido Materno	
Fecha de Nacimiento		Género		Estado Civil	
Día	Mes	Año	M ☐ H ☐	Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐	
Ocupación o Profesión			Parentesco con el titular		

HÁBITOS Y DEPORTES

Peso (kg)	¿Fuma?	Tipo, cantidad y frecuencia	En caso de haber dejado de fumar, indicar el tiempo de no consumo
	Si ☐ No ☐		
Estatura (m)	¿Ingiere drogas?	Tipo, cantidad y frecuencia	
	Si ☐ No ☐		En caso de haber dejado de consumir drogas, indicar el tiempo de no consumo
	¿Ingiere bebidas alcohólicas?	Tipo, cantidad y frecuencia	En caso de haber dejado de consumir bebidas alcohólicas, indicar el tiempo de no consumo
	Si ☐ No ☐		
¿Practica algún deporte?	Deporte	Frecuencia	
Si ☐ No ☐			De forma profesional (percibe remuneración) Si ☐ No ☐

BENEFICIARIOS

Nombre	Parentesco	Fecha de Nacimiento	% Asignado

FIRMAS

Solicitante Titular (o de su representante legal en caso de ser menor de edad) Nombre y firma	Contratante (en caso de ser diferente al Solicitante Titular) Nombre y firma
---	--

COMPLEMENTO DE COBRANZA

¿El contratante es el titular de la tarjeta o cuenta? Sí ☐ No ☐

Si la respuesta es positiva, favor de llenar la siguiente información:

Nombre del titular de la tarjeta o cuenta

Parentesco del contratante con el titular de la cuenta

En caso de que el solicitante no sea el titular de la cuenta, deberá proporcionar los datos de dicho proveedor de recursos:

Nombre (s) o denominación

Apellido Paterno

Apellido Materno

Fecha de nacimiento
o constitución

Género

Nacionalidad

Actividad Económica

Día Mes Año

M ☐

País de nacimiento o const.

Entidad federativa de nacimiento o const.

H ☐

Ocupación, Profesión o giro

Teléfono

Correo electrónico

CURP (física) o folio mercantil (moral)

RFC (con homoclave)

No. serie del certificado digital de la FIEL (opcional)

Régimen Fiscal

FIRMAS

Solicitante Titular

(o de su representante legal en caso de ser menor de edad)

Nombre y firma

Contratante

(en caso de ser diferente al Solicitante Titular)

Nombre y firma