

INFORMACIÓN GENERAL			
Nombre de la persona entrevistada:		Actúa por cuenta propia o por un tercero:	
Producto solicitado y/o de interés:		Número de pagos estimados (mensual):	
Monto estimado de la Prima (mencionarlo en pesos MX) \$		Nombre del proveedor y/o Propietario real de los recursos:	
Nombre del contratante, Grupo Asegurable y/o Colectividad			
Nacionalidad	Mexicana <input type="radio"/>	Extranjera <input type="radio"/>	Extranjera con residencia temporal o permanente en el país <input type="radio"/>
Nombre del Asegurado y/o Asegurados y/o Grupo o Colectividad Asegurable:			
¿El Asegurado o contratante ha desempeñado en los últimos doce meses, funciones públicas, actividades públicas o actividades políticas destacadas en el territorio nacional o en el extranjero?	<input type="radio"/> Sí	Defina Cargo	
	<input type="radio"/> No		
¿Es usted familiar por consanguinidad, afinidad o tiene algún vínculo patrimonial con alguna persona con las características anteriores?	<input type="radio"/> Sí	Parentesco	
	<input type="radio"/> No		

PRESENTACIÓN Y VALIDACIÓN DE DOCUMENTOS Y ANEXOS				
Del Asegurado o Contratante	Si	No	Tipo	Número/Folio
1. Identificación Oficial Vigente y Legible (ambos lados)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
2. CURP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
3. Cédula de Identificación Fiscal (RFC)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
4. Comprobante de Domicilio no mayor a 3 meses	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
5. Comprobante de inscripción para FIEL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
6. Documento que acredita su calidad migratoria **	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
7. Pasaporte ***	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
8. Documento que acredita legal estancia en el país***	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
9. Documento que acredita domicilio en lugar de residencia permanente ***	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Del apoderado	Si	No	Tipo	Número/Folio
1. Identificación Oficial Vigente y Legible (ambos lados)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
2. Comprobante de Domicilio no mayor a 3 meses	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
3. Carta Poder	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

\*\* Sólo en el caso de ser Nacionalidad Extranjera en condiciones de estancia temporal o permanente en el país.

\*\*\*Sólo en el caso de ser Nacionalidad Extranjera.

Declaro bajo protesta de decir verdad que la información contenida en este documento es verídica, que los documentos que fueron proporcionados coinciden con sus originales y autorizo que pueda ser corroborada cuando Servicios Integrales de Salud Nova, S.A. de C.V., lo considere necesario.

Nombre del Asegurado o Contratante

Firma

PARA SER LLENADO POR EL AGENTE DE SEGUROS O ÁREA COMERCIAL			
Asignación inicial de Grado de Riesgo	<input type="radio"/> Bajo <input type="radio"/> Alto	Reclasificación de Grado de Riesgo	Fecha: <input type="radio"/> Bajo <input type="radio"/> Alto
<p>Hago constar que la información contenida en este formato corresponde a los documentos entregados por el cliente, mismos que fueron cotejados con el original y/o copias certificadas que tuve a la vista. Así mismo, haré del conocimiento de Servicios Integrales de Salud Nova, S.A. de C.V. cuando tenga noción respecto a cualquier cambio en cuanto a la información proporcionada, para la actualización del expediente correspondiente.</p>			
Nombre y firma de la persona que coteja la documentación y valida la información		Área	
_____		_____	
		Fecha	
		_____	