

ASERTA SEGUROS VIDA, S.A. DE C.V., GRUPO FINANCIERO ASERTA; con domicilio en Avenida Periférico Sur No. 4829, Edificio Torre Jade, Interior 701 y 702, Colonia Parque del Pedregal, México C.P. 14010, Delegación Tlalpan, Ciudad de México, recaba, trata y utiliza sus Datos Personales para proveer los servicios de emisión de pólizas de seguro de vida y/o gastos médicos que ha solicitado; informarle sobre cambios en los mismos; cumplir con las obligaciones contractuales contraídas con usted; cumplir con obligaciones de ley; ejecutar contratos y convenios con terceros que actúan a nuestro nombre; evaluar calidad en servicios; informarle de nuevos servicios y productos. El contenido íntegro de este AVISO y cambios que en éste se produzcan, están a su disposición en [www.asertavida.com.mx](http://www.asertavida.com.mx)

**Datos personales**

Nombre (s)

Apellido paterno

Apellido materno

R.F.C.

C.U.R.P.

**Fecha de nacimiento**
**Estado civil**
**Datos del cónyuge**

Día

Mes

Año

Soltero (a)

Casado

Nombre

Fecha de cumpleaños

**Nacionalidad**

Nacional

Extranjera

FM2 o carta de naturalización:

**Domicilio particular**

Calle y Núm. Exterior e interior

Colonia

Delegación o municipio

C.P.

Ciudad

Estado

Lada número de teléfono

Teléfono celular

Correo electrónico

**Domicilio fiscal**

Calle y Núm. Exterior e interior

Colonia

Delegación o municipio

Ciudad

Estado

C.P.

Lada número de teléfono

Correo electrónico

**Registro ante C.N.S.F.**

De:

A:

Número de cédula/R.F.C.

Folio de cédula

**Vigencia**
**Datos cuenta de cheques para transferencias bancarias**

La cuenta debe estar a nombre del agente, debe ser de cheques, aceptar transferencias bancarias y estar en moneda nacional.

Banco

Sucursal

Número de cuenta

Clave bancaria estandarizada (CLABE)

Plaza

Seguro de responsabilidad civil para agente						
Número de póliza		Monto asegurado		Compañía aseguradora		
Vigencia:	Desde:		Hasta:			
<b>El llenado y envío de este formato, NO implica una relación contractual entre el agente y Aserta Seguros Vida S.A. de C.V., Grupo Financiero Aserta</b>						
Bajo protesta de decir verdad, confirmo que los datos aquí escritos son verdaderos y autorizo a Aserta Seguros Vida S.A. de C.V. Grupo Financiero Aserta, para que los verifique, si así lo requiere.			Acepto		Firma	
			No acepto			
<b>Elaborado por:</b>						
Nombre:						
Puesto:				R.F.C.:		
Teléfono:			Correo electrónico:			