

Declarativa de Información para Personas Morales

Favor de ser llenado por el apoderado o representante legal de la empresa y anexar a la Solicitud de Seguro para Pólizas de Personas Morales superiores a 10,000 USD, de acuerdo con las Disposiciones Oficiales del Artículo 140 de la LGISMS.

Declaro bajo protesta de decir la verdad, que la información que proporciono a continuación es verídica y auténtica, por lo que autorizo a la institución a que la misma sea corroborada, de estimarse conveniente.

Datos Generales				
<input type="checkbox"/> Nacional Empresa		<input type="checkbox"/> Extranjera		
		Empresa de reciente constitución Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Denominación o Razón Social				
No. de Escritura donde consta la Constitución		Fecha de Constitución		
Información Notarial *				
Notario Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s) del Notario
Fecha de inscripción en el Registro Público				
No. de Folio Mercantil en el Registro Público				
Fecha de Alta en S.H.C.P. / R.F.C				
Domicilio fiscal *				
Calle		No. exterior	No. interior	Colonia
C.P.	Delegación o Municipio	Ciudad o Población		Entidad federativa
País	Ext.	Teléfono Fax (si cuenta con él)		Ext.
Lada	Lada	Lada	Lada	Lada
Domicilio de la Oficina Matriz				
Calle		No. exterior	No. interior	Colonia
C.P.	Delegación o Municipio	Ciudad o Población		Entidad federativa
País	Ext.	Teléfono Fax (si cuenta con él)		Ext.
Lada	Lada	Lada	Lada	Lada
Nombre del actual Director General o Administrador General				
Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)
Nombre de quien actúa como representante legal de la Persona Moral				
Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)
*Empresas extranjeras en caso de contar con él				
<hr/> Nombre y Firma del Representante Legal			<hr/> Fecha	