

**Solicitud de seguro Planprotege Daños
Anexo II. Beneficiarios Preferentes**
Nombre del Contratante titular: _____

Beneficiario Preferente 1

| | | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|-------|--------------|-----|---------------|
| Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social | | | | Tipo de persona: <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Moral | | | | |
| Bienes asegurados, módulos y/o coberturas | | | | Fecha de nacimiento / Constitución de la empresa | | Día | Mes | Año |
| Domicilio Calle | | | | No. exterior | | No. interior | | |
| Colonia | | | | Población (delegación o municipio) | | Estado | | |
| Código postal | Orden de prelación (determina el orden en que se indemnizará al (los) Beneficiario(s) Preferente(s)) _____ | | | | Lugar | | | No. ubicación |

Beneficiario Preferente 2

| | | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|-------|--------------|-----|---------------|
| Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social | | | | Tipo de persona: <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Moral | | | | |
| Bienes asegurados, módulos y/o coberturas | | | | Fecha de nacimiento / Constitución de la empresa | | Día | Mes | Año |
| Domicilio Calle | | | | No. exterior | | No. interior | | |
| Colonia | | | | Población (delegación o municipio) | | Estado | | |
| Código postal | Orden de prelación (determina el orden en que se indemnizará al (los) Beneficiario(s) Preferente(s)) _____ | | | | Lugar | | | No. ubicación |

Beneficiario Preferente 3

| | | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|-------|--------------|-----|---------------|
| Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social | | | | Tipo de persona: <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Moral | | | | |
| Bienes asegurados, módulos y/o coberturas | | | | Fecha de nacimiento / Constitución de la empresa | | Día | Mes | Año |
| Domicilio Calle | | | | No. exterior | | No. interior | | |
| Colonia | | | | Población (delegación o municipio) | | Estado | | |
| Código postal | Orden de prelación (determina el orden en que se indemnizará al (los) Beneficiario(s) Preferente(s)) _____ | | | | Lugar | | | No. ubicación |

Beneficiario Preferente 4

| | | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|-------|--------------|-----|---------------|
| Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social | | | | Tipo de persona: <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Moral | | | | |
| Bienes asegurados, módulos y/o coberturas | | | | Fecha de nacimiento / Constitución de la empresa | | Día | Mes | Año |
| Domicilio Calle | | | | No. exterior | | No. interior | | |
| Colonia | | | | Población (delegación o municipio) | | Estado | | |
| Código postal | Orden de prelación (determina el orden en que se indemnizará al (los) Beneficiario(s) Preferente(s)) _____ | | | | Lugar | | | No. ubicación |

Beneficiario Preferente 5

| | | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|-------|--------------|-----|---------------|
| Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social | | | | Tipo de persona: <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Moral | | | | |
| Bienes asegurados, módulos y/o coberturas | | | | Fecha de nacimiento / Constitución de la empresa | | Día | Mes | Año |
| Domicilio Calle | | | | No. exterior | | No. interior | | |
| Colonia | | | | Población (delegación o municipio) | | Estado | | |
| Código postal | Orden de prelación (determina el orden en que se indemnizará al (los) Beneficiario(s) Preferente(s)) _____ | | | | Lugar | | | No. ubicación |