

**FORMATO REFERENCIAL**

Fecha de registro: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL CASO O PROGRAMA**

Tipo de ingreso:  Caso  Programa

Nombre: \_\_\_\_\_

Seudónimo del participante: \_\_\_\_\_

Ramo de Seguro (para casos):  Accidentes y Enfermedades  Vida  Daños  Automóviles

**DATOS DE LA COMPAÑÍA**

Nombre de la compañía\*: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_  
Calle Número Colonia  
C.P. Delegación Teléfono: \_\_\_\_\_

Área de autorización: \_\_\_\_\_

Funcionario que autoriza la participación:

Nombre: \_\_\_\_\_  
Nombre A. Paterno A. Materno

Cargo: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

\*Para la inscripción en conjunto, este formato deberá ser llenado por cada compañía

Si el caso resultara ganador, y la compañía así lo determina, se entregará el premio económico a nombre de:\*\*

Nombre: \_\_\_\_\_  
Nombre A. Paterno A. Materno

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_ % de premio: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_  
Nombre A. Paterno A. Materno

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_ % de premio: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_  
Nombre A. Paterno A. Materno

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_ % de premio: \_\_\_\_\_

\*\*Llenar el nombre (o nombres) de quienes la compañía considera deban recibir el premio en caso de resultar ganador. La suma de los porcentajes de premio debe sumar 100% a excepción de los casos inscritos en conjunto, donde el porcentaje deberá sumar 100% considerando a las otras compañías participantes. En caso de haber señalado más de 4 colaboradores, favor de llenar otra hoja de Formato referencial del caso con los datos correspondientes.