

**Solicitud de Registro al
Examen de Certificación Profesional de Actuarios
Colegio Nacional de Actuarios, A.C. (CONAC) 2009-12**

Datos del Solicitante						Fecha de Solicitud (dd/mm/aa)	
Nombre							
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre(s)		RFC	
Domicilio Particular							
Calle				Número		Colonia	
C.P.		Delegación		Ciudad		Estado	
Teléfono Particular				Teléfono Oficina		Correo Electrónico	
Domicilio para recibir notificaciones							
Calle				Número		Colonia	
C.P.		Delegación		Ciudad		Estado	
Lugar y Fecha de Nacimiento							
País				Ciudad		Estado	
						Fecha (dd/mm/aa)	
Información Profesional							
Título expedido por (Institución en la que realizó sus estudios profesionales)				Cédula Profesional		Fecha Expedición (dd/mm/aa)	
Compañía, Despacho o Institución en la que el Actuario presta sus servicios							
Razón Social				Área		Puesto	
Jefe Inmediato				Antigüedad			

Marque si:	Vida	Acc/Enf/Salud	Daños	Fianzas	Rentas Vitalicias	Auditoría
Presentó examen anteriormente:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene Constancia:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sección I.

Exámenes

Áreas de Certificación	Programa de Exámenes		
Examen(es) de Certificación que solicita presentar:	Función en la que desea certificarse:	Fechas de aplicación	Costos
<input type="checkbox"/> Vida	<input type="checkbox"/> Notas Técnicas	<input type="checkbox"/> Reservas	25 de abril de 2009 \$3,000
<input type="checkbox"/> Accidentes / Enfermedades / Salud	<input type="checkbox"/> Notas Técnicas	<input type="checkbox"/> Reservas	2 de mayo de 2009 \$3,000
<input type="checkbox"/> Daños (Incluye Autos)	<input type="checkbox"/> Notas Técnicas	<input type="checkbox"/> Reservas	2 de mayo de 2009 \$3,000
<input type="checkbox"/> Fianzas	<input type="checkbox"/> Notas Técnicas	<input type="checkbox"/> Reservas	25 de abril de 2009 \$3,000
<input type="checkbox"/> Rentas Vitalicias (Pensiones) <small>(Pensiones derivadas de las Leyes de Seguridad Social)</small>	<input type="checkbox"/> Notas Técnicas	<input type="checkbox"/> Reservas	2 de mayo de 2009 \$3,000
<input type="checkbox"/> Auditoría	<input type="checkbox"/> Vida <input type="checkbox"/> A, E y S	<input type="checkbox"/> Daños <input type="checkbox"/> Rentas Vitalicias <input type="checkbox"/> Fianzas	15 de mayo de 2009 \$3,000

Total General de Examen(es)

Sección II.

Documentos y Aavales

Documentos	
A la presente solicitud deben adjuntarse los siguientes documentos, excepto si ya fueron entregados previamente:	
	Se Anexa Ya se entregó
1. Copia de Título Profesional	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. Copia de Cédula Profesional	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. Curriculum Profesional (detallando la experiencia profesional en el campo solicitado)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. Constancia o documento que acredite tres años de experiencia comprobable en actividades relacionadas con el campo técnico-actuarial en cuestión expedido por el empleador (cinco años en el caso de Auditores).	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. Ficha Original de depósito de pago de derechos de examen (Ver Instrucciones de Pago)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. Firmas de Aavales	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Aavales			
Firma de tres actuarios titulados y certificados que conozcan y recomienden al Act. _____			
	Nombre		
1-	_____	_____	_____
	Nombre	Ced. Prof. Certificación	Firma
2-	_____	_____	_____
	Nombre	Ced. Prof. Certificación	Firma
3-	_____	_____	_____
	Nombre	Ced. Prof. Certificación	Firma

Sección III.

Instrucciones de Pago y Entrega

El pago de los derechos por concepto de exámen(es) deberá realizarse mediante depósito bancario a nombre de la Asociación Mexicana de Actuarios, A.C., N° de servicio 3082, con RFC a 10 posiciones y el nombre o razón social del depositante, o CLABE 04418000104633989-8 del Banco Scotiabank Inverlat, **anexando el original de la ficha de depósito a esta solicitud;** deberá llevar anotado claramente el nombre del solicitante.

"Declaro que he leído el Reglamento de Certificación Profesional de Actuarios, así como las reglas del Examen de Certificación. Acepto utilizar únicamente las herramientas y el material permitido durante la realización del examen".

Firma del Solicitante*

(* Se requiere la firma original autógrafa en el presente documento para que la solicitud sea válida)

La presente solicitud, la documentación y la ficha de pago deberán entregarse en las instalaciones de la Asociación Mexicana de Actuarios, ubicadas en Miguel Serrano N° 21-PH, Col. Del Valle, México 03100 D.F. Tel. 55-75-95-13 a la atención de Patricia Alfaro, de lunes a viernes de 9:30 a 13:30

Fecha límite de entrega: 1º de abril de 2009

Datos para la factura (indispensable)

Nombre o Razón Social: _____

Domicilio Fiscal: _____

RFC: _____