

**Solicitud de Registro al  
Examen de Certificación Profesional de Actuarios  
Colegio Nacional de Actuarios, A.C. (CONAC) 2009-13**

<b>Datos del Solicitante</b>				Fecha de Solicitud (dd/mm/aa)	
<b>Nombre</b>					
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre(s)	
				RFC	
<b>Domicilio Particular</b>					
Calle				Número	
				Colonia	
C.P.		Delegación		Ciudad	
				Estado	
Teléfono Particular		Teléfono Oficina		Correo Electrónico	
<b>Domicilio para recibir notificaciones</b>					
Calle				Número	
				Colonia	
C.P.		Delegación		Ciudad	
				Estado	
<b>Lugar y Fecha de Nacimiento</b>					
País		Ciudad		Estado	
				Fecha (dd/mm/aa)	
<b>Información Profesional</b>					
Título expedido por (Institución en la que realizó sus estudios profesionales)		Cédula Profesional		Fecha Expedición (dd/mm/aa)	
<b>Compañía, Despacho o Institución en la que el Actuario presta sus servicios</b>					
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	17 de octubre de 2009 \$3,000
<input type="checkbox"/> Accidentes / Enfermedades / Salud	<input type="checkbox"/> Notas Técnicas	<input type="checkbox"/> Reservas	24 de octubre de 2009 \$3,000
<input type="checkbox"/> Daños (Incluye Autos)	<input type="checkbox"/> Notas Técnicas	<input type="checkbox"/> Reservas	24 de octubre de 2009 \$3,000
<input type="checkbox"/> Fianzas	<input type="checkbox"/> Notas Técnicas	<input type="checkbox"/> Reservas	17 de octubre 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	24 de octubre 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	6 de noviembre de 2009 \$3,000

Total General de Examen(es)

**Sección II.**

**Documentos y Avales**

<b>Documentos</b>		
<b>A la presente solicitud deben adjuntarse los siguientes documentos, excepto si ya fueron entregados previamente:</b>		
1. Copia de Título Profesional	Se Anexa <input type="checkbox"/>	Ya se entregó <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 <b>Original</b> 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: 28 de septiembre de 2009**

**Datos para la factura (indispensable)**

Nombre o Razón Social: \_\_\_\_\_

Domicilio Fiscal: \_\_\_\_\_

RFC: \_\_\_\_\_