



Formato Único de Identificación y Conocimiento del Cliente Personas Morales

Todos los campos son obligatorios, excepto los opcionales marcados con asterisco.

Persona que recaba el formato

Contratante Asegurado Beneficiario Proveedor de recursos Otro: _____

Datos generales

Razón Social	Fecha de constitución día mes año	Teléfono del domicilio
--------------	--	------------------------

Domicilio fiscal (calle, número int., número ext., colonia, código postal, alcaldía o municipio, población o ciudad, estado, país)

Correo electrónico	Ingreso anual aproximado(MN)	Actividad, giro mercantil u objeto social	Nacionalidad
--------------------	------------------------------	---	--------------

País de Constitución	Entidad Federativa de Constitución	Número de serie del certificado digital de la Firma Electrónica Avanzada (FIEL), en caso de contar con él*	RFC (con Homoclave) o número de identificación fiscal en el extranjero:
----------------------	------------------------------------	--	---

Nombre del(los) apoderado(s) legal(es)	Folio Mercantil del registro público	Si cuenta con un domicilio en el extranjero indique; País: _____ Domicilio: _____
--	--------------------------------------	---

Datos de la Identificación del Apoderado y/o Representante Legal

Emisor	Tipo	Clave
--------	------	-------

Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas

Si dentro de la composición accionaria algún accionista, su cónyuge o pariente colateral hasta el segundo grado, es una Persona Políticamente Expuesta ¹ . <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre completo de la persona que desempeña o desempeñó el cargo público: _____ Relación y puesto desempeñado: _____	En caso negativo en alguna de las siguientes preguntas, indicar el nombre completo y llenar el Formato Único. ¿Actúa en nombre y por cuenta propia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre completo: _____ ¿Es usted quien pagará la prima? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre completo: _____
---	--

Exclusivo para agentes de seguros - entrevista con el cliente

Yo, agente de seguros, bajo protesta de decir verdad, hago constar que los datos contenidos en este formato fueron recabados del proponente y/o de su apoderado legal por medio de una entrevista personal de conformidad con el Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus Disposiciones, o aquellas que lleguen a sustituirla, así como la Política de Identificación y Conocimiento de los Clientes de AXA Seguros, S.A. de C.V., manifestando que he cotejado los originales contra las copias que se anexan a este formulario.

Nombre del agente	No. de agente	Firma del agente

AXA Seguros, S.A. de C.V., con domicilio en Avenida Félix Cuevas número 366, piso 3, Colonia Tlacoquemécatl, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03200, Ciudad de México, llevará a cabo el tratamiento de sus datos personales para evaluar su solicitud del seguro, en su caso emitir su póliza y para todas las finalidades relativas al cumplimiento del contrato de seguro y demás finalidades previstas en el aviso de privacidad integral que puede consultar en axa.mx en la sección Aviso de Privacidad. En caso de haber proporcionado información de otros titulares, acepto mi obligación de informarles de esta entrega, así como de indicarles donde pueden consultar el Aviso de Privacidad.

Nombre y firma de la persona o del representante legal	Lugar y fecha

¹Persona Políticamente Expuesta, es aquella que desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en un país extranjero o en territorio nacional, ha sido jefe de estado o de gobierno, líder político, funcionario gubernamental, judicial o militar de alta jerarquía, alto ejecutivo de empresas estatales o funcionario o miembro de partidos políticos y organizaciones internacionales.