



Formato Único de Identificación y Conocimiento del Cliente Personas Morales

Persona que recaba el formato		
Contratante <input type="checkbox"/> Asegurado <input type="checkbox"/> Beneficiario <input type="checkbox"/> Representante legal <input type="checkbox"/>		
Propietario Real <input type="checkbox"/> Proveedor de recursos <input type="checkbox"/> Dependiente económico <input type="checkbox"/>		
Fideicomitente <input type="checkbox"/> Fideicomisario <input type="checkbox"/> Fiduciario <input type="checkbox"/> Representante o apoderado legal <input type="checkbox"/> Miembro del comité técnico <input type="checkbox"/>		
Datos generales		
Razón social		RFC (con homoclave) o número de identificación fiscal en el extranjero:
Nacionalidad	No. de Serie Firma Electrónica Avanzada (si cuenta con ella)	Giro mercantil, actividad u objeto social
Domicilio fiscal (calle, número int., número ext., colonia, alcaldía o municipio, población o ciudad, estado)		
Tel. del domicilio (con clave de ciudad)	Correo electrónico de contacto	Ingreso anual aproximado (MN)
Nombre del(los) apoderado(s) legal(es)		
¿La entidad cuenta con un domicilio fiscal en el extranjero? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Indique país _____	Fecha de Constitución Día Mes Año	Folio mercantil del registro público
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, 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. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
En caso afirmativo, mencione nombre completo _____		
Puesto desempeñado _____		
Relación con el participante		
Actúa en nombre y por cuenta propia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso negativo, mencione el nombre del tercero por el que actúa, quien también deberá llenar el Formato Único respectivo.	¿Es usted quien pagará la prima? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso negativo, mencione el nombre completo de la persona que pagará la prima y llenar el Formato Único respectivo para esa persona.	
En caso de haber proporcionado información personal de otros titulares de datos, acepto mi obligación de informarles de esta entrega, así como los lugares en los que se encuentra disponible el Aviso de Privacidad Integral, para su consulta.		



Formato Único de Identificación y Conocimiento del Cliente Personas Morales

Aviso de Privacidad

AXA Seguros, S.A. de C.V. (AXA), con domicilio en Avenida Félix Cuevas número 366, piso 6, Colonia Tlacoquemécatl, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03200, Ciudad de México, llevará a cabo el tratamiento de sus datos personales para todas las finalidades relativas al cumplimiento del contrato de seguro y demás finalidades contempladas en el Aviso de Privacidad Integral que puede consultar en axa.mx en la sección Aviso de Privacidad.

Autorizo que AXA Seguros transfiera mis datos personales relativos a la siniestralidad de mi póliza incluyendo los patrimoniales, financieros y sensibles con mi agente o broker.

Sí acepto. Firma del Asegurado: _____.

No acepto.

Nombre y firma del cliente o del representante legal o el propio	Lugar y fecha

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