



Guía de llenado – Formato simplificado de identificación

Vicepresidencia: Secretaría General	Fecha de emisión:	Versión 1.0
Dirección: Compliance	Fecha de actualización:	Página 1 de 6



Objetivo(s) del Documento.

Con el fin de dar cumplimiento con lo establecido en las disposiciones de carácter general aplicables al Art.492 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas con base en la disposición tercera, cuarta, quinta, sexta, séptima, octava, novena, decima, décima primera, décima segunda y décima tercera referente a la política de identificación del cliente y nuestro Manual de Cumplimiento, AXA México ha definido y actualizado este documento para identificar a los clientes que son Personas Físicas y Morales bajo el régimen de medidas simplificadas.

Alcance y normatividad aplicable.

El alcance de este documento es para los canales de interacción en primera línea de contacto con el cliente antes de la emisión de un nuevo negocio.

Aplica a los siguientes participantes;

- Fuerza de ventas
- Distribución
- Emisión Daños

Regulación;

- a) Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, Art. 492.
- b) Manual de Cumplimiento.
- c) ACUERDO por el que se emiten las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aplicables a instituciones y sociedades mutualistas de seguros.
- d) Circular Única de Seguros y de Fianzas Cap. 27.



Formato Transversal – Simplificado

Formato simplificado

1/1

Formato simplificado de identificación

Persona que recaba el formato

Datos generales

Datos de la identificación

Art 492

Firmas

Seleccionar la persona que llenará el formato

Los campos deberán ser llenados completamente

Marcar las casillas SI/NO de la sección del Art.492 y en la parte inferior encontrarás un ejemplo de su llenado

La persona que llenará el formato y el agente, deberán colocar su nombre, lugar, fecha y plasmar su firma en el documento.

			Formato simplificado de identificación		
Participante en el Contrato					
Contratante <input type="checkbox"/>		Asegurado <input type="checkbox"/>		Beneficiario <input type="checkbox"/>	
Datos Generales					
Razón social o nombre completo del cliente (como aparece en su identificación oficial)			Fecha de nacimiento/Constitución de la empresa		
Domicilio		No. exterior		No. interior	
Calle					
Colonia		Código postal		Alcaldía o municipio	
				Población o ciudad	
				Estado	
Tel. particular (con clave de ciudad)			Para personas morales Nombre(s) del (de los) apoderado(s) legal(es)		
Datos de la Identificación					
Emisor INE, SRE, SEP		Tipo Elector, Pasaporte		Clave ORC, No. Pasaporte	
Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas					
En caso de ser persona física, mencione si usted, su cónyuge o pariente colateral hasta el segundo grado, o, caso de ser persona moral, 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, o bien, 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: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
Nombre completo de la persona que desempeña o desempeñó el cargo público			Puesto desempeñado		
Relación					
¿Es usted quien pagará la prima? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
En caso negativo, mencione el nombre completo de la persona que pagará la prima, quien también deberá completar el Formato único correspondiente:					
¿Declara usted que actúa en nombre y por cuenta propia? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
En caso negativo, mencione el nombre completo de la persona o razón social por quien actúa, quien también deberá llenar el Formato único correspondiente:					
Entrevista con el cliente (exclusivo para Agentes de seguros)					
Con base en lo establecido en las Disposiciones de carácter general a que se refiere el Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, así como en lo establecido en la Política de Identificación y Conocimiento de los Clientes de AXA Seguros, S.A. de C.V., y de aquellas que la sustituyan o las complementen, yo, agente de seguros, bajo protesta de decir verdad, hago constar que realicé una entrevista personal con el proponente o con su apoderado legal (cuyos nombres se detallan en la primera sección de este formulario) para recabar los datos y documentos correspondientes a fin de recabar el expediente de identificación de conformidad con las Disposiciones. Asimismo, hago constar que los datos recabados fueron obtenidos previamente de la identificación personal vigente, así como de cualquier otro documento de los señalados en las Disposiciones.					
Nombre completo del Agente		No. Agente		Firma del Agente	
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 todos los fines vinculados con la relación jurídica/contractual que tengamos celebrada o en su caso se vaya a celebrar con usted, así como para la prevención de fraude y operaciones ilícitas, de conformidad con la legislación aplicable en materia de seguros y demás finalidades contempladas 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 otras personas físicas, reconozco que haré del conocimiento de los Titulares que proporcioné sus datos personales a AXA, así como el lugar en el que pueden consultar su Aviso de privacidad Integral.					
Nombre y firma del cliente o del representante legal			Lugar y fecha		
AXA Seguros, S.A. de C.V. Félix Cuevas 366, Piso 6, Col. Tlacoquemécatl, Alcaldía Benito Juárez, 03200, CDMX, México • Tels. 55 5189 1000 - 800 900 1292 • axa.mx					



Llenado de campos

Sección 1 - Persona que recaba el formato

Participante en el Contrato		
Contratante <input type="checkbox"/>	Asegurado <input type="checkbox"/>	Beneficiario <input type="checkbox"/>

Dependiendo el tipo de persona a la que estamos identificando es quien deberá llenar el documento y marcar su *checkbox*.

Participante	Definición
Contratante	Al obligado a pagar una prima en un contrato o póliza de seguro distinto al de caución o fianza para que, al verificarse la eventualidad prevista en dichos documentos, AXA resarza el daño, pague una suma de dinero o preste los servicios que constituyen el contenido de la obligación a su cargo.
Asegurado	Cuando no siendo contratante paga total o parcialmente la prima o destina recursos para inversión en un contrato o póliza de seguro, para que, al verificarse la eventualidad prevista en dichos documentos, la Institución de Seguros, a él o a su Beneficiario, les resarza el daño, pague una suma de dinero o preste los servicios que constituyen el contenido de la obligación a su cargo.
Beneficiario	Es la persona física o moral que al momento de un Siniestro amerite indemnización, según lo establecido en la Póliza, tiene derecho al pago o servicio correspondiente.

Sección 3 – Datos de la identificación

Deberán de llenar la información ante la presentación de la identificación por parte del cliente con base en la lista de identificaciones oficiales dictada en las disposiciones.

TIPO	EMISOR	NÚMERO
Credencial para votar	INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL	OCR (12 O 13 DIGITOS)
2. Pasaporte	SECRETARÍA DE RELACIONES EXTERIORES	NUMERO DE PASAPORTE
3. Cédula profesional	SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA	NUMERO DE CEDULA
4. Cartilla del Servicio Militar Nacional	SECRETARÍA DE LA DEFENSA NACIONAL	MATRICULA
5. Certificado de matrícula consular	SECRETARÍA DE RELACIONES EXTERIORES	NUMERO DE MATRICULA
6. Tarjeta única de identidad militar	SECRETARÍA DE LA DEFENSA NACIONAL	NUMERO DE TARJETA DE IDENTIDAD



Formato Transversal – Simplificado

7. Credenciales y/o Carnets de afiliación al Instituto Mexicano del Seguro Social	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL	NÚMERO DE AFILIACIÓN
8. Credenciales y/o Carnets de afiliación al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO	NÚMERO DE AFILIACIÓN
8. Tarjeta de afiliación al Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores	INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES	NÚMERO DE AFILIACIÓN
9. Licencia para conducir, y	SECRETARÍAS DE MOVILIDAD Y TRANSPORTE DE LOS ESTADOS	NÚMERO DE LICENCIA
Formato migratorio	INSTITUTO NACIONAL DE MIGRACIÓN	NÚMERO DE FORMA MIGRATORIA

Sección 4 – Llenado del apartado Artículo 492

Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas	
En caso de ser persona física, mencione si usted, su cónyuge o pariente colateral hasta el segundo grado, o, caso de ser persona moral, 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, o bien, 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: Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Nombre completo de la persona que desempeña o desempeñó el cargo público JUAN ARTURO HINOJOSA RUIZ	Puesto desempeñado SECRETARIO DE GOBERNACION
Relación CONYUGE	
¿Es usted quien pagará la prima? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
En caso negativo, mencione el nombre completo de la persona que pagará la prima, quien también deberá completar el Formato único correspondiente: VICENTE SANCHEZ GUILLEN	
¿Declara usted que actúa en nombre y por cuenta propia? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
En caso negativo, mencione el nombre completo de la persona o razón social por quien actúa, quien también deberá llenar el Formato único correspondiente: VICENTE SANCHEZ GUILLEN	



Sección 5 – Firmas

Quién llena el formato deberá de plasmar su firma tal cual como aparece en su identificación oficial.

Al agente también deberá de llenar y firmar el formato para bajo protesta de decir verdad, haga constar que los datos contenidos en el 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 ha cotejado los originales contra las copias que se anexan.

Ejemplo



Formato simplificado de identificación

**Los datos ingresados en los formatos son demostrativos*