



## Formato Único de Identificación y Conocimiento del Cliente Personas Físicas

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

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"/> Cónyuge o 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			
Nombre Completo del Cliente (Como aparece en su identificación oficial)			
Domicilio (calle, número int., número ext., colonia, código postal, alcaldía o municipio, población o ciudad, estado)			
Tel. de contacto (con clave de ciudad)		Correo electrónico	Actividad o giro mercantil
Nacionalidad(es)	País de nacimiento	Estado de nacimiento	Ocupación o profesión
Fecha de nacimiento Día Mes Año	Ingreso anual aproximado* (MN)	Número de serie del certificado digital de la Firma Electrónica Avanzada (FIEL), en caso de contar con él*	
RFC (con homoclave)		CURP*	
¿Cuenta con un domicilio en el extranjero? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo indique domicilio completo _____			Teléfono
Residencia fiscal en el extranjero: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Indique el país _____			
En caso de contar con residencia fiscal en el extranjero proporcione su TIN _____			
Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas			
Mencione si usted, 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.	



## Formato Único de Identificación y Conocimiento del Cliente Personas Físicas

### 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](http://axa.mx) en la sección Aviso de Privacidad.

Autorizo que AXA Seguros trate mis datos personales, incluyendo los patrimoniales, financieros y sensibles para las finalidades mencionadas. Firma del Asegurado: \_\_\_\_\_.

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