

Identificación del Cliente/Asegurado/Beneficiario – Persona Física

Fecha:

I. Datos Generales del Contratante / Asegurado / Beneficiario

Nombres y Apellidos:
Fecha de Nacimiento: RFC: CURP*:
País de Nacimiento: Nacionalidad: Teléfono:
Domicilio Particular: Calle: No. Colonia:
Alcaldía/Municipio: Ciudad: Estado: C.P.:
Número de serie del certificado digital de (e-FIRMA)* : E-mail*:
Tipo de Identificación: Vigencia: Número:
¿Tiene residencia fiscal/tributaria en un país diferente a México? País de residencia adicional
¿Es ciudadano de los Estados Unidos de América o territorios asociados?¹ Tax ID/TIN²

II. Información Laboral/Financiera

Ocupación o profesión, actividad o giro del negocio:

Principal fuente de ingresos: ☐ Salario/honorarios ☐ Patrimonio/Ahorro/Pensión ☐ Negocio propio
☐ Herencia ☐ Venta de Inmuebles ☐ Ingresos por Intereses ☐ Indemnizaciones ☐ Arrendamiento

En caso de Cliente/Asegurado:

Origen de los recursos para la adquisición del producto: ☐ Herencia ☐ Ventas del negocio ☐ Ventas de inmuebles
☐ Patrimonio/Ahorro ☐ Honorarios/Sueldos ☐ Otro ¿Cuál?

Estimación de Aportaciones y Retiros Mensuales (Llenar tabla, solo en caso de los productos de Ahorro e Inversión)

Tipo de Transacción	Número de transacciones estimadas por mes			Monto de operaciones estimadas por mes En miles de pesos MXN		
	0 - 3	4 - 6	+ de 6	0 a 500	500 a 1000	+ de 1000
Depósitos						
Retiros						

III. Investigación acerca del Cliente/Asegurado/Beneficiario

Mencione si usted, su cónyuge o pariente colateral hasta el segundo grado han desempeñado funciones públicas destacadas en un país extranjero o en territorio nacional, han sido jefes de estado o de gobierno, líderes políticos, funcionarios, gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos de empresas estatales, funcionarios o miembros de partidos políticos. ☐ Si ☐ No

Nombre: Describa Puesto: ☐ Extranjero
Periodo desde: hasta Parentesco: ☐ Nacional

¿Actúa por nombre y cuenta propia? ☐ Si ☐ No Nombre y Apellidos:

¿Es usted propietario de los recursos con los que pagará la póliza? ☐ Si ☐ No³

IV. Documentos Recibidos

☐ RFC* ☐ CURP* ☐ Identificación Oficial ☐ Comprobante de Domicilio ☐ W8 /W9⁴

Identificación del Cliente - Persona Física

V. Avisos Legales

Allianz México, S.A. Compañía de Seguros (en lo sucesivo, "Allianz") con domicilio ubicado en Boulevard Manuel Ávila Camacho No. 164, Colonia Lomas de Barrilaco, Alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11010, en la Ciudad de México, México, utilizará sus datos personales aquí recabados para: A) verificar, confirmar y validar su identidad; B) evaluar su solicitud de seguro y selección de riesgo o las circunstancias para, en su caso, celebrar contratos con Allianz; C) cumplir con las obligaciones derivadas del contrato de seguro que, en su caso, se llegue a celebrar; D) entregar toda aquella documentación que se derive del contrato de seguro que, en su caso, se llegue a celebrar; E) operar y dar seguimiento al producto de seguro solicitado o contratado con Allianz; y F) prevenir y detectar fraude y/u operaciones ilícitas.

Para mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al aviso de privacidad integral a través de nuestra página web: <https://www.allianz.com.mx/aviso-de-privacidad>

.....
Nombre y Firma del Agente o Asesor

.....
Nombre y Firma del Contratante / Asegurado / Beneficiario

El presente se firma por el Agente o Asesor y por el Contratante o Representante o Apoderado Legal del Contratante, quien manifiesta que cuenta con las facultades necesarias para firmar este documento.

Declaramos bajo protesta de decir verdad que previo a la celebración del contrato, yo agente de seguros o asesor celebré la entrevista personal con el cliente o su apoderado, a fin de recabar los datos y documentos de identificación respectivos, asimismo la información contenida en este documento es verídica y que los documentos proporcionados por el cliente, fueron cotejados contra los originales atento a lo dispuesto por el Art. 492 de la LISF, mismos que Allianz México, S.A. Compañía de Seguros puede corroborar cuando lo considere necesario.

* Solo si cuenta con ellos.

¹ Países asociados: Puerto Rico, Islas Marianas del Norte, Guam, Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Samoa Americana.

² Dato obligatorio en caso de responder "sí" a cualquiera de las preguntas anteriores.

³ Si el cliente señala "No", se deberán recabar los mismos datos y documentos descritos en el presente formato.

⁴ Obligatorio en caso de ser ciudadano o contar con residencia norteamericana adjuntar formato de auto-certificación W9/W8 y número de TIN (Número de Identificación fiscal, por sus siglas en inglés: *Tax Identifier Number*). El formato se puede descargar en <https://www.irs.gov/forms-instructions>