



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 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