



Formato Único de Identificación y Conocimiento del Cliente

Personas Morales

Todos los campos son obligatorios, excepto los opcionales marcados con asterisco.
Todos los datos de facturación deben de coincidir con tu CSF (Constancia de Situación Fiscal).

Persona que recaba el formato

Contratante ☐ Asegurado ☐ Beneficiario ☐ Proveedor de Recursos ☐ Otro: _____

Datos generales

Razón Social		Fecha de constitución día mes año		Teléfono del domicilio	
Domicilio fiscal (calle, número int., número ext., colonia, código postal, alcaldía o municipio, población o ciudad, estado, país)					
Correo electrónico		Ingreso anual aproximado(MN)		Actividad, giro mercantil u objeto social	
País de Constitución		Número de serie del certificado digital de la Firma Electrónica Avanzada (FIEL), en caso de contar con él*		RFC (con Homoclave) o número de identificación fiscal en el extranjero:	
Entidad Federativa de Constitución					
Nacionalidad		Folio Mercantil del registro público		Si cuenta con un domicilio en el extranjero indique; País: _____ Domicilio: _____	
Nombre del(los) apoderado(s) legal(es)					

Datos de facturación

Régimen capital*	Régimen fiscal*	Clave de uso de CFDI

Datos de la Identificación del Apoderado y/o Representante Legal

Emisor	Tipo	Clave

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, es una Persona Políticamente Expuesta ¹ . ☐ Sí ☐ No Nombre completo de la persona que desempeña o desempeñó el cargo público: _____ Relación y puesto desempeñado: _____	En caso negativo en alguna de las siguientes preguntas, indicar el nombre completo y llenar el Formato Único. ¿Actúa en nombre y por cuenta propia?: ☐ Sí ☐ No Nombre completo: _____ ¿Es usted quien pagará la prima? ☐ Sí ☐ No Nombre completo: _____
---	---

Exclusivo para agentes de seguros (entrevista con el cliente)

Yo, agente de seguros, declaro 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

AXA Seguros, S.A. de C.V., con domicilio en Avenida Félix Cuevas número 366, piso 3, 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 celebrado o en su caso se vaya a celebrar con usted y demás finalidades previstas en el aviso de privacidad integral, que puede consultar en axa.mx en la sección Aviso de Privacidad.

☐ Autorizo el tratamiento de mis datos personales financieros y patrimoniales para efectos de lo antes previsto.
Reconozco que haré del conocimiento de los titulares, que proporcioné sus datos personales a AXA, así como el lugar en que pueden consultar el Aviso de Privacidad Integral.

Nombre y firma de la persona o del representante legal	Lugar y fecha

¹Persona Políticamente Expuesta, es aquella que 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 y organizaciones internacionales.