



**Formato Único de Identificación y
Conocimiento del Cliente
Personas Morales**

| Datos generales del Contratante / Asegurado / Propietario Real | | |
|--|--|--------------------------------------|
| Razón social | | RFC |
| Domicilio fiscal (calle, número int., número ext., colonia, delegación o municipio, población o ciudad, estado) | | |
| Tel. de contacto (con clave de ciudad) 01 | Correo electrónico de contacto | |
| Nombre del(los) apoderado(s) legal(es) | | |
| ¿La entidad cuenta con un domicilio en el extranjero? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Indique país _____ | | Ingreso anual aproximado (MN) |
| Datos de los poderes del representante legal | | |
| Nombre del notario | | No. de notario público |
| Número de escritura del poder del notario | Entidad federativa en la que da fe | |
| Datos de la constitución | Número de escritura donde consta la constitución | Folio mercantil del registro público |
| Fecha de inscripción en el registro público | Día | Mes Año |
| En caso de ser una subsidiaria, mencione los nombres y proporción de la tenencia accionaria de la o las sociedades poseedoras | | |
| Firma del Contratante o del representante legal o del Propietario Real | | |
| Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas | | |
| Es el Contratante quien pagará la prima? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| En caso negativo, mencione el nombre completo de la persona o Propietario Real que pagará la prima, quien también deberá llenar el Formato Único respectivo. | | |
| En caso de haber proporcionado información personal de otros titulares de datos, acepto mi obligación de informarles de esta entrega, así como los lugares en los que se encuentra disponible el Aviso de Privacidad Integral, para su consulta. | | |
| Nombre y firma del cliente o del representante legal o del propio | | Lugar y fecha |
| | | |
| Exclusivo para agentes de seguros - entrevista con el cliente | | |
| 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 publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 04 de abril del 2015 (en adelante las Disposiciones). Así como lo establecido en la Política de Identificación y Conocimiento de los Clientes de AXA Seguros, S.A de C.V. , 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 directamente de una identificación personal vigente así como de cualquier otro documento de los señalados en las Disposiciones haciendo notar que he cotejado los originales contra las copias que se anexan a este formulario. | | |
| Nombre del agente | No. de agente | Firma del agente |
| | | |

GA-100 - ABRIL 2018