

**I. Datos generales del Contratante**

Denominación o razón social de la Entidad u Organización

Domicilio fiscal

Calle: No. exterior

No. interior Código postal Colonia

Estado o provincia País RFC

Teléfono de contacto (con clave de ciudad) Ingreso anual aproximado (MN)

Correo electrónico de contacto

Nombre del(los) apoderado(s) legal(es)

Datos de los poderes del representante legal

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

País de constitución de la empresa

II. Autocertificación de personas morales

Las disposiciones fiscales establecidas en el artículo 32-B Bis del Código Fiscal de la Federación requieren que las Instituciones Financieras obtengan y, en su caso, reporten cierta información sobre la clasificación y residencia fiscal de las Entidades que contratan seguros de vida con valor en efectivo.

En ciertas circunstancias podemos estar legalmente obligados a compartir información con las autoridades fiscales correspondientes, quienes podrán transmitir dicha información a las autoridades fiscales extranjeras.

La información contenida en este formulario continuará siendo válida a menos que se produzca un cambio de circunstancias sobre la situación o residencia fiscal del Contratante de la Póliza. En este caso, deberá notificarnos cualquier cambio de circunstancias que ocasione que la información proporcionada en este formulario esté incorrecta o incompleta y deberá entregarse un nuevo formulario actualizado.

Por favor complete las siguientes secciones proporcionando la información solicitada.

II.a País en el que la Entidad u Organización tiene obligaciones fiscales (residencia fiscal)

Indique a continuación el país o países en los cuales, la Entidad tiene sus obligaciones fiscales derivadas de su residencia fiscal. Para clientes con residencia fiscal únicamente en México indique "México" y su Registro Federal de Contribuyentes (RFC).

Si la Entidad cuenta con residencia fiscal en el extranjero, indique el país y el Número de Identificación Fiscal (TIN por sus siglas en inglés). En caso de que el TIN no esté disponible, indique el motivo correspondiente:

- A:** El país en el que tengo obligación de pago de impuestos no emite TIN para sus residentes fiscales.
- B:** El titular del contrato no puede obtener un TIN. Si se selecciona esta razón, por favor indique en el siguiente cuadro el motivo por el cual no puede obtenerse.
- C:** El TIN no se requiere. Seleccionar en caso de que la legislación local del país de residencia fiscal registrada no requiera la divulgación del TIN emitido por dicha autoridad.



Formato de Autocertificación e Identificación del Cliente Personas Morales

	País de Residencia fiscal	RFC o TIN	Si no cuenta con RFC o TIN, indique motivo A , B o C
1			
2			
3			

Domicilio fiscal en el extranjero (calle, número, localidad, C.P. estado, país)

Si fue seleccionado el **motivo B**, indique en el siguiente espacio el motivo por el cual no puede obtenerse el TIN.

1	
2	
3	

II.b Clasificación del tipo de persona moral Reporte de Estándar Común (CRS por sus siglas en inglés)

¿La Entidad es una institución del sector financiero mexicano (banco, casa de bolsa, Aseguradora, etc.)?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sí
Institución Financiera (FI)
¿Es una Entidad de Inversión administrada por otra Institución Financiera?
<input type="checkbox"/> Sí
(Si está situada en un país o jurisdicción no participante de CRS deberá llenar el Formato de Accionistas Personas Morales)

<input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No
Institución no Financiera (NFI)
Seleccione el tipo de Entidad:
<input type="checkbox"/> Entidad gubernamental, organismo internacional o Banco Central.
<input type="checkbox"/> Entidad cuyas acciones se negocian regularmente en un mercado de valores establecido o una Entidad relacionada con dicha corporación.
Nombre del mercado de valores: _____
Nombre de la parte relacionada: _____
<input type="checkbox"/> Entidad con menos de 24 meses de haber sido constituida.
<input type="checkbox"/> Otra Entidad no Financiera activa.
<input type="checkbox"/> Entidad no Financiera pasiva (deberá llenar el Formato de Accionistas Persona Moral). |
|--|--|

II.c Ley de Cumplimiento Tributario de Cuentas Extranjeras (FATCA por sus siglas en inglés)

¿El contratante es una Entidad de los Estados Unidos de América (EUA)?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sí
De acuerdo a FATCA, "Persona Específica" es aquella Entidad constituida bajo las leyes de EUA.
¿El Contratante es una "Persona Específica"?
<input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No
Seleccione el tipo de Entidad:
<input type="checkbox"/> Financiera Participante (proporcione su GIIN*)
<input type="checkbox"/> Financiera no sujeta a reportar
<input type="checkbox"/> Financiera en jurisdicción con IGA modelo 1
<input type="checkbox"/> Financiera en jurisdicción con IGA modelo 2
<input type="checkbox"/> Financiera cumplida:
<input type="checkbox"/> Fideicomiso
<input type="checkbox"/> Vehículo de inversión
<input type="checkbox"/> Entidad Financiera cumplida registrada (proporcione su GIIN*)
<input type="checkbox"/> Otra Entidad Financiera
<input type="checkbox"/> Financiera no participante
<input type="checkbox"/> Beneficiario efectivo exento
<input type="checkbox"/> No Financiera que reporta de manera directa (proporcione su GIIN*)
<input type="checkbox"/> No Financiera patrocinada que reporta de manera directa (proporcione su GIIN*)
<input type="checkbox"/> Entidad con menos de 24 meses de haber sido constituida
<input type="checkbox"/> Otra Entidad no Financiera activa (ver definiciones)
<input type="checkbox"/> No Financiera pasiva (deberá llenar el Formato de Autocertificación de Accionistas Personas Morales) |
|---|---|

*GIIN _____



Formato de Autocertificación e Identificación del Cliente Personas Morales

III. Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas

¿Es el Contratante quién pagará la Prima? Sí 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.

IV. Declaración y firma

Declaro que la información proporcionada en este formulario es a mi leal saber y entender, correcta y completa.
 Me comprometo a entregar a AXA Seguros, S.A. de C.V. dentro de un período de 90 días contados a partir de que ocurra un cambio de circunstancias que modifique la residencia fiscal del titular de la cuenta identificado en la Sección II de este formulario o que provoque que la información contenida en el mismo sea errónea, incluyendo cualquier cambio en la información sobre las personas que ejercen el control, comprometiéndome a entregar la autocertificación correspondiente.
 Con la firma del presente formato el cliente declara que se le hizo entrega de la copia de la presente autocertificación. En caso de requerir una copia adicional puede solicitarla a su agente o bien, en las oficinas de AXA Seguros ubicadas en Félix Cuevas 366, Col. Tlacoquemécatl, Del. Benito Juárez, Ciudad de México, en la Ventanilla Integral de Atención. Para consultar otras oficinas de atención en el país ver axa.mx/web/servicios-axa/centros-de-atención. El horario de atención es de lunes a jueves de 8:00 a 17:30 horas y viernes de 8:00 a 16:00 horas.
 Certifico que tengo la capacidad para firmar por la entidad u organización identificada en la Sección I de este formulario.

Nombre completo del representante legal	Firma del representante legal

Fecha _____

Listado de abreviaturas

IGA	Siglas en inglés para Intergovernmental Agreement que hace referencia a Acuerdo entre los EUA y un Gobierno Extranjero
GIIN	Siglas en inglés para Número de Identificación de Intermediario Global

Exclusivo para agentes de seguros – entrevista con el cliente

Con base a 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