

Este formato es aplicable a Contratantes, Asegurados, Beneficiarios o Terceros, cuando se presenten ante la Institución de Seguros a ejercer sus derechos (ej. siniestro, devolución de prima y pagos de cualquier tipo). Favor de responder todas las preguntas del presente cuestionario. En caso de no ser suficientes las líneas o el espacio proporcionado, favor de anexar hoja indicando la pregunta y la respuesta.

				Fecha
INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA DE SEGURO				
Número de Póliza	Fecha de Emisión	Ramo	Producto	
Contratante persona física: Apellido Paterno, Materno, Nombre(s) Contratante personas moral: Nombre, Razón o Denominación Social			RFC (con homoclave) *	Fecha de Nacimiento (PF)
INFORMACIÓN DEL EJERCICIO DE DERECHOS				
Descripción por la cual el Beneficiario o Tercero se presenta a ejercer sus derechos				
INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO O TERCERO QUE EJERCE SUS DERECHOS				
Personas Físicas: Apellido Paterno, Materno, Nombre(s)			RFC (con homoclave) (PF) *	Fecha de Nacimiento (PF)
Personas Morales: Nombre, Razón o Denominación Social			RFC (con homoclave) (PM)	Fecha de Constitución (PM)
INFORMACIÓN DE RESIDENTES EN EL EXTRANJERO				
<input type="checkbox"/> Residente temporal o permanente <input type="checkbox"/> Turista, no residente		No. Identificación Fiscal *	País que asignó el Número de Identificación Fiscal *	
DOMICILIO PARTICULAR EN SU LUGAR DE RESIDENCIA				
Domicilio particular de residencia – Calle, Avenida o Vía		Número Exterior	Número Interior	Colonia o urbanización
Alcaldía o Municipio	Ciudad o Población	Entidad Federativa	País	Código Postal
DOMICILIO PARA RECIBIR CORRESPONDENCIA				
Domicilio Correspondencia – Calle, Avenida o Vía		Número Exterior	Número Interior	Colonia o urbanización
Alcaldía o Municipio	Ciudad o Población	Entidad Federativa	País	Código Postal
INFORMACIÓN ADICIONAL DEL BENEFICIARIO O TERCERO				
Personas Físicas: Ocupación, Profesión o Actividad Económica Personas Morales: Giro mercantil, actividad económica u objeto social				Régimen Fiscal (PF) <input type="checkbox"/> Actividad Empresarial
Correo electrónico *	CURP (PF) *	Teléfono Casa	Teléfono Oficina	Teléfono Celular
Folio Mercantil (PM)	Nacionalidad	País de Nacimiento (PF)	Entidad Federativa de Nacimiento (PF)	
Número de Serie de la Firma Electrónica Avanzada *	Tipo de Identificación (PF)	Número de Identificación (PF)	Emisor de la Identificación (PF)	
INFORMACIÓN DEL APODERADO O REPRESENTANTE LEGAL (EN SU CASO)				
Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre (s)				Correo electrónico
Tipo de poder y documento con el que lo acredita		Tipo de Identificación	Número de Identificación	Emisor de la Identificación
CHECKLIST³				
Personas Físicas Nacionales y extranjeros con residencia temporal o permanente			Personas Morales Nacionales	
<input type="checkbox"/> Identificación Personal, vigente y con fotografía. <input type="checkbox"/> Constancia de la Clave Única del Registro de Población, cuando cuente con esta. No será necesaria esta constancia si la Clave aparece en otro documento o identificación oficial. <input type="checkbox"/> Cédula de Identificación Fiscal, cuando cuente con esta. <input type="checkbox"/> Cédula de Identificación Fiscal y/o equivalente (con homoclave); no será necesaria la Cédula si el número de identificación fiscal y/o equivalente, aparece en otro documento expedido por autoridad fiscal competente, cuando cuente con ellos <input type="checkbox"/> Comprobante de inscripción para la Firma Electrónica Avanzada, cuando cuente con este. <input type="checkbox"/> Comprobante de domicilio en su lugar de residencia, con antigüedad no mayor a tres meses.			<input type="checkbox"/> Identificación oficial del o de los apoderados. <input type="checkbox"/> Testimonio o escritura en la que consten las facultades conferidas al representante legal. <input type="checkbox"/> Testimonio o copia certificada que acredite su legal existencia, inscrito en el registro público que corresponda. <input type="checkbox"/> En caso de reciente constitución, y por tal, no se encuentre aún inscrita en el registro público que corresponda, un escrito firmado por persona legalmente facultada, en el que conste la obligación de llevar a cabo la inscripción respectiva y proporcionar los datos a la Institución. <input type="checkbox"/> Cédula de Identificación Fiscal y, en su caso del documento en el que conste la asignación del número de identificación fiscal y/o equivalente expedido por autoridad competente y constancia de la Firma Electrónica Avanzada. <input type="checkbox"/> Comprobante de domicilio, con antigüedad no mayor a tres meses. <input type="checkbox"/> Testimonio o escritura en la que consten las facultades conferidas al representante legal (actos de administración). <input type="checkbox"/> Identificación oficial del o de los apoderados. <input type="checkbox"/> Tratándose de dependencias y entidades, copia certificada del nombramiento del servidor público que tenga facultades para contratar. <input type="checkbox"/> Documento de identificación personal, vigente y con fotografía, de la persona	

	física que ejerza el Control en la persona moral ² .
Personas Físicas Extranjeras sin condición de residencia temporal o permanente	Personas Morales Extranjeras
<input type="checkbox"/> Pasaporte. <input type="checkbox"/> Documento oficial expedido por el Instituto Nacional de Migración, cuando cuente con él, que acredite su internación o legal estancia en el país. <input type="checkbox"/> Documento que acredite domicilio en el lugar de residencia permanente.	<input type="checkbox"/> Identificación oficial del o de los apoderados. <input type="checkbox"/> Testimonio o escritura en la que consten las facultades conferidas al representante legal. <input type="checkbox"/> Documento que acredite fehacientemente su legal existencia, <input type="checkbox"/> Documento en el que conste la asignación del número de identificación fiscal y/o equivalente expedido por autoridad competente. <input type="checkbox"/> Documento que permita conocer su estructura accionaria o partes sociales, según corresponda. <input type="checkbox"/> Comprobante de domicilio declarado, con antigüedad no mayor a tres meses.

PARA USO INTERNO

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 19 de noviembre de 2020, en adelante "Las Disposiciones", así como lo establecido en la Políticas de Identificación y Conocimiento del Cliente, bajo protesta de decir verdad, hago constar que realicé una entrevista personal al Cliente, o su apoderado legal, para recabar los datos y documentos correspondientes para integrar el expediente de Identificación y Conocimiento del Cliente de conformidad con "Las Disposiciones". Asimismo, hago constar que se verificó la identidad del Cliente, o su apoderado o representante legal y que los datos proporcionados fueron validados contra los documentos originales, cuyas copias cotejadas se anexan a este formulario.

¿Se verificó la identidad del Cliente o su apoderado? (que los rasgos físicos de su titular coincidan con los rasgos de la fotografía que aparece en la identificación oficial)	<input type="checkbox"/> Si	Notas
¿Los documentos de identificación obtenidos fueron cotejados contra sus originales?	<input type="checkbox"/> Si	Notas
¿Los documentos originales son legibles y no presentan tachaduras o enmendaduras?	<input type="checkbox"/> Si	Notas
¿Las copias simples de los documentos cuentan con la leyenda de cotejo?	<input type="checkbox"/> Si	Notas

Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre (s) del Funcionario o Empleado

AVISO DE PRIVACIDAD

MAPFRE México, S.A. le informa que sus datos serán tratados para los fines del contrato de seguro, de conformidad con el Aviso de Privacidad que se encuentra disponible en la página de internet <https://www.mapfre.com.mx/>. El Cliente declara conocer y estar de acuerdo con el Aviso de Privacidad de MAPFRE México, S.A., por lo que, de conformidad con la Ley Federal de Datos Personales en Posesión de los Particulares, la autorizo a tratar mis datos personales, los sensibles y los patrimoniales o financieros, para todos los fines vinculados con el contrato de seguro celebrado, o que, en su caso, se celebre. En caso de haber proporcionado datos personales, sensibles, patrimoniales o financieros de otros titulares, me obligo a hacer del conocimiento de dichos titulares que he proporcionado tales datos a MAPFRE MÉXICO, S.A., y los lugares en donde se encuentra a su disposición el referido Aviso de Privacidad.

DECLARACIÓN DEL CLIENTE O SU APODERADO

El Cliente, o su apoderado o representante legal, manifiesta bajo protesta de decir verdad que los datos contenidos y expresados en este formulario son ciertos, y manifiesta que el destino de los productos y servicios adquiridos será destinado a finalidades lícitas.

SECCIÓN DE FIRMAS

BENEFICIARIO, PERSONA QUE EJERCE SUS DERECHOS, APODERADO O REPRESENTANTE LEGAL	FUNCIONARIO O EMPLEADO DE LA INSTITUCIÓN
X	X
Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre (s)	Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre (s)
Lugar y Fecha de Firma	Lugar y Fecha de Firma

¹ Este formato deberá completarse por cada uno de los Beneficiarios o Terceros, al momento en que se presenten a ejercer los derechos derivados de un contrato de seguro.

² Control se refiere a la capacidad de una persona o grupo de personas, a través de la propiedad de valores, por la celebración de un contrato o por cualquier otro acto jurídico, para: i. Imponer, directa o indirectamente, decisiones en la asamblea general de accionistas o de socios o en el órgano de gobierno equivalente de una persona moral; ii. Nombrar o destituir a la mayoría de los consejeros, administradores o equivalentes de una persona moral; iii. Mantener la titularidad de derechos que permitan, directa o indirectamente, ejercer el voto respecto de más del cincuenta por ciento del capital social de una persona moral y iv. Dirigir, directa o indirectamente, la administración, la estrategia o las principales políticas de una persona moral. Adicionalmente, se entenderá que ejerce el Control aquella persona física que directa o indirectamente, adquiera el veinticinco por ciento o más de la composición accionaria o del capital social, de una persona moral. Cuando no exista una persona física que posea o controle, directa o indirectamente, un porcentaje igual o superior al 25% del capital o de los derechos de voto de la persona moral de que se trate, o que por otros medios ejerza el Control, directo o indirecto, de la persona moral, se considerará que ejerce dicho Control el administrador o administradores de la misma, entendiéndose que ejerce la administración, la persona física designada para tal efecto.

³ Se requerirá la presentación de la copia simple de estos documentos, de acuerdo al tipo de persona de que se trate.

* Datos obligatorios que deberán proporcionarse cuando cuente con estos.