Formato de Autocertificación
Accionistas 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, así como de las personas que ejercen control sobre ciertas entidades.

Por favor complete este formulario si el titular de la cuenta es una Entidad No Financiera Pasiva o una entidad de inversión situada en una jurisdicción no participante y administrada por otra institución financiera.

En general, la residencia fiscal está en el país en el que vives. Circunstancias especiales como estudiar o trabajar en el extranjero o realizar un viaje prolongado pueden causar que seas residente de otro país o ser residente en más de un país simultáneamente. El país/países en que pagas el impuesto sobre la renta o impuesto a las ganancias probablemente normalmente es tu país/países de residencia fiscal.

Si eres ciudadano de los EEUU o residente fiscal en EEUU bajo las leyes de dicho país, deberá indicar en este formulario que es residente fiscal en EEUU y proporcionar adicionalmente el formulario W9.

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, en cuyo caso deberá entregarse un nuevo formulario actualizado.

Por favor complete las siguientes secciones proporcionando la información solicitada (consultar guía de llenado).

Denominación o razón social de la entidad titular de la cuenta:

Número de personas que ejercen control sobre la entidad:

Información de las personas que ejercen control sobre la entidad

Primera persona que ejerce control

Porcentaje de participación accionaria o capital social:

Parte I. Identificación de la persona que ejerce control

Nombre Completo (Apellido paterno, materno, nombres):		Fecha de Nacimiento:
Lugar de Nacimiento (País y Ciudad):		Nacionalidad:
Domicilio de Residencia Actual Calle:		No. Exterior
No. Interior	Código Postal	Colonia
Delegación/Municipio	Estado/Ciudad/Provincia	País de Residencia

Parte II. País de residencia para efectos fiscales y Número de Identificación Fiscal (TIN).

Indique a continuación el país (o países) en los cuales la entidad tiene obligaciones fiscales (residencia fiscal):

Para personas que ejercen control con residencia fiscal únicamente en México indique “México” y su RFC en Número de identificación fiscal (TIN).

En caso de que el Número de Identificación Fiscal no está disponible, indique la razón correspondiente (A, B o C):

Razón A: el país en el que tengo obligación de pago de impuestos no emite Números de Identificación Fiscal (TINs) para sus residentes fiscales.

Razón B: la persona que ejerce el control no puede obtener un Número de Identificación Fiscal (TIN). Si se selecciona esta razón, por favor indique el motivo por el cual no puede obtenerse el Número de Identificación Fiscal (TIN).

Razón C: el Número de Identificación Fiscal no se requiere. Seleccionar esta razón sólo en el caso de que la legislación local del país de residencia fiscal registrada no requiera la divulgación del Número de Identificación Fiscal (TIN) emitido por dicho país de residencia fiscal.

VI-513 · JUNIO 2017

	País de Residencia Fiscal	Número de Identificación Fiscal (TIN)	Si no cuenta con Número de Identificación Fiscal indique razón A, B o C
1			
2			
3			

Si fue seleccionada la **Razón B**, por favor indique en el siguiente espacio el motivo por el cual no puede obtenerse el Número de Identificación Fiscal (TIN):

1	
2	
3	

Si la persona que ejerce el control es residente fiscal en un país que es una jurisdicción extranjera participante, por favor complete la Parte III. Tipo de persona que ejerce el control.

Parte III. Tipo de Persona que Ejerce Control

Favor de completar esta Sección si usted es residente fiscal en una o más jurisdicciones extranjeras participantes.
Marcar la casilla que corresponda a la figura jurídica de la persona que ejerce el control:

a) Persona que ejerce el control de una persona jurídica – representante legal	☐
b) Persona que ejerce el control de una persona jurídica – apoderado	☐
c) Persona que ejerce el control de una persona jurídica – alto funcionario ejecutivo	☐
d) Persona que ejerce el control de un fideicomiso – fideicomitente	☐
e) Persona que ejerce el control de un fideicomiso – fideicomisario	☐
f) Persona que ejerce el control de un fideicomiso – protector	☐
g) Persona que ejerce el control de un fideicomiso – beneficiario	☐
h) Persona que ejerce el control de un fideicomiso – otros	☐
i) Persona que ejerce el control de una estructura jurídica (no fideicomiso) – equivalente al fideicomitente	☐
j) Persona que ejerce el control de una estructura jurídica (no fideicomiso) – equivalente al fideicomisario	☐
k) Persona que ejerce el control de una estructura jurídica (no fideicomiso) – equivalente al protector	☐
l) Persona que ejerce el control de una estructura jurídica (no fideicomiso) – equivalente al beneficiario	☐

Declaración y firma de la primera persona que ejerce control

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 I 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 auto-certificación correspondiente.

Si está completando este formulario en nombre de una persona que ejerce el control, por favor indique cuál es la función o calidad en la que firma.

Con la firma de la presente solicitud 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, 03200, México, Ciudad de México en la Ventanilla Integral de Atención de AXA. Para consultar otras oficinas de atención en el país ver axa.mx/web/servicios-axa/centros-de-atencion. El horario de atención de lunes a jueves de 8:00 a 17:30 horas y viernes de 8:00 a 16:00 horas.

Certifico que soy la persona que ejerce el control de la(s) cuenta(s) en posesión del titular de la cuenta que es una entidad a la que se refiere este formulario, o que estoy autorizado para firmar en nombre de la persona que ejerce el control.

Nombre completo de la primera persona que ejerce control	**Firma**

Fecha	

Segunda persona que ejerce control

Porcentaje de participación accionaria o capital social:

Parte I. Identificación de la persona que ejerce control

Nombre Completo (Apellido paterno, materno, nombres):	Fecha de Nacimiento:

Lugar de Nacimiento (País y Ciudad):		Nacionalidad:
Domicilio de Residencia Actual Calle:		No. Exterior
No. Interior	Código Postal	Colonia
Delegación/Municipio	Estado/Ciudad/Provincia	País de Residencia

Parte II. País de residencia para efectos fiscales y Número de Identificación Fiscal (TIN).

Indique a continuación el país (o países) en los cuales la entidad tiene obligaciones fiscales (residencia fiscal):

Para personas que ejercen control con residencia fiscal únicamente en México indique "México" y su RFC en Número de identificación fiscal (TIN).

En caso de que el Número de Identificación Fiscal no está disponible, indique la razón correspondiente (A, B o C):

Razón A: el país en el que tengo obligación de pago de impuestos no emite Números de Identificación Fiscal (TINs) para sus residentes fiscales.

Razón B: la persona que ejerce el control no puede obtener un Número de Identificación Fiscal (TIN). Si se selecciona esta razón, por favor indique el motivo por el cual no puede obtenerse el Número de Identificación Fiscal (TIN).

Razón C: el Número de Identificación Fiscal no se requiere. Seleccionar esta razón sólo en el caso de que la legislación local del país de residencia fiscal registrada no requiera la divulgación del Número de Identificación Fiscal (TIN) emitido por dicho país de residencia fiscal.

	País de Residencia Fiscal	Número de Identificación Fiscal (TIN)	Si no cuenta con Número de Identificación Fiscal indique razón A, B o C
1			
2			
3			

Si fue seleccionada la **Razón B**, por favor indique en el siguiente espacio el motivo por el cual no puede obtenerse el Número de Identificación Fiscal (TIN):

1	
2	
3	

Si la persona que ejerce el control es residente fiscal en un país que es una jurisdicción extranjera participante, por favor complete la Parte III. Tipo de persona que ejerce el control.

Parte III. Tipo de Persona que Ejerce Control

Favor de completar esta Sección si usted es residente fiscal en una o más jurisdicciones extranjeras participantes.
Marcar la casilla que corresponda a la figura jurídica de la persona que ejerce el control:

a) Persona que ejerce el control de una persona jurídica – representante legal	☐
b) Persona que ejerce el control de una persona jurídica – apoderado	☐
c) Persona que ejerce el control de una persona jurídica – alto funcionario ejecutivo	☐
d) Persona que ejerce el control de un fideicomiso – fideicomitente	☐
e) Persona que ejerce el control de un fideicomiso – fideicomisario	☐
f) Persona que ejerce el control de un fideicomiso – protector	☐
g) Persona que ejerce el control de un fideicomiso – beneficiario	☐
h) Persona que ejerce el control de un fideicomiso – otros	☐
i) Persona que ejerce el control de una estructura jurídica (no fideicomiso) – equivalente al fideicomitente	☐
j) Persona que ejerce el control de una estructura jurídica (no fideicomiso) – equivalente al fideicomisario	☐
k) Persona que ejerce el control de una estructura jurídica (no fideicomiso) – equivalente al protector	☐
l) Persona que ejerce el control de una estructura jurídica (no fideicomiso) – equivalente al beneficiario	☐

Declaración y firma de la segunda persona que ejerce control

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 I 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 auto-certificación correspondiente.

Si está completando este formulario en nombre de una persona que ejerce el control, por favor indique cuál es la función o calidad en la que firma.

Con la firma de la presente solicitud 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, 03200, México, Ciudad de México, en la Ventanilla Integral de Atención de AXA. Para consultar otras oficinas de atención en el país ver axa.mx/web/servicios-axa/centros-de-atencion. El horario de atención de lunes a jueves de 8:00 a 17:30 horas y viernes de 8:00 a 16:00 horas.

Certifico que soy la persona que ejerce el control de la(s) cuenta(s) en posesión del titular de la cuenta que es una entidad a la que se refiere este formulario, o que estoy autorizado para firmar en nombre de la persona que ejerce el control.

Nombre completo de la segunda persona que ejerce control	**Firma**

Fecha	

Tercera persona que ejerce control

Porcentaje de participación accionaria o capital social:

Parte I. Identificación de la persona que ejerce control

Nombre Completo (Apellido paterno, materno, nombres):		Fecha de Nacimiento:
Lugar de Nacimiento (País y Ciudad):		Nacionalidad:
Domicilio de Residencia Actual Calle:		No. Exterior
No. Interior	Código Postal	Colonia
Delegación/Municipio	Estado/Ciudad/Provincia	País de Residencia

Parte II. País de residencia para efectos fiscales y Número de Identificación Fiscal (TIN).

Indique a continuación el país (o países) en los cuales la entidad tiene obligaciones fiscales (residencia fiscal):

Para personas que ejercen control con residencia fiscal únicamente en México indique “México” y su RFC en Número de identificación fiscal (TIN).

En caso de que el Número de Identificación Fiscal no está disponible, indique la razón correspondiente (A, B o C):

Razón A: el país en el que tengo obligación de pago de impuestos no emite Números de Identificación Fiscal (TINs) para sus residentes fiscales.

Razón B: la persona que ejerce el control no puede obtener un Número de Identificación Fiscal (TIN). Si se selecciona esta razón, por favor indique el motivo por el cual no puede obtenerse el Número de Identificación Fiscal (TIN).

Razón C: el Número de Identificación Fiscal no se requiere. Seleccionar esta razón sólo en el caso de que la legislación local del país de residencia fiscal registrada no requiera la divulgación del Número de Identificación Fiscal (TIN) emitido por dicho país de residencia fiscal.

	País de Residencia Fiscal	Número de Identificación Fiscal (TIN)	Si no cuenta con Número de Identificación Fiscal indique razón A, B o C
1			
2			
3			

Si fue seleccionada la **Razón B**, por favor indique en el siguiente espacio el motivo por el cual no puede obtenerse el Número de Identificación Fiscal (TIN):

1	
2	
3	

Si la persona que ejerce el control es residente fiscal en un país que es una jurisdicción extranjera participante, por favor complete la Parte III. Tipo de persona que ejerce el control.

Parte III. Tipo de Persona que Ejerce Control	
Favor de completar esta Sección si usted es residente fiscal en una o más jurisdicciones extranjeras participantes. Marcar la casilla que corresponda a la figura jurídica de la persona que ejerce el control:	
a) Persona que ejerce el control de una persona jurídica – representante legal	☐
b) Persona que ejerce el control de una persona jurídica – apoderado	☐
c) Persona que ejerce el control de una persona jurídica – alto funcionario ejecutivo	☐
d) Persona que ejerce el control de un fideicomiso – fideicomitente	☐
e) Persona que ejerce el control de un fideicomiso – fideicomisario	☐
f) Persona que ejerce el control de un fideicomiso – protector	☐
g) Persona que ejerce el control de un fideicomiso – beneficiario	☐
h) Persona que ejerce el control de un fideicomiso – otros	☐
i) Persona que ejerce el control de una estructura jurídica (no fideicomiso) – equivalente al fideicomitente	☐
j) Persona que ejerce el control de una estructura jurídica (no fideicomiso) – equivalente al fideicomisario	☐
k) Persona que ejerce el control de una estructura jurídica (no fideicomiso) – equivalente al protector	☐
l) Persona que ejerce el control de una estructura jurídica (no fideicomiso) – equivalente al beneficiario	☐

Declaración y firma de la primera persona que ejerce control

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 I 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 auto-certificación correspondiente.

Si está completando este formulario en nombre de una persona que ejerce el control, por favor indique cuál es la función o calidad en la que firma.

Con la firma de la presente solicitud 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, 03200, México, Ciudad de México, en la Ventanilla Integral de Atención de AXA. Para consultar otras oficinas de atención en el país ver axa.mx/web/servicios-axa/centros-de-atencion. El horario de atención de lunes a jueves de 8:00 a 17:30 horas y viernes de 8:00 a 16:00 horas.

Certifico que soy la persona que ejerce el control de la(s) cuenta(s) en posesión del titular de la cuenta que es una entidad a la que se refiere este formulario, o que estoy autorizado para firmar en nombre de la persona que ejerce el control.

Nombre completo de la primera persona que ejerce control	**Firma**

Fecha	

Cuarta persona que ejerce control

Porcentaje de participación accionaria o capital social:		
Parte I. Identificación de la persona que ejerce control		
Nombre Completo (Apellido paterno, materno, nombres):		Fecha de Nacimiento:
Lugar de Nacimiento (País y Ciudad):		Nacionalidad:
Domicilio de Residencia Actual Calle:		No. Exterior
No. Interior	Código Postal	Colonia
Delegación/Municipio	Estado/Ciudad/Provincia	País de Residencia

Parte II. País de residencia para efectos fiscales y Número de Identificación Fiscal (TIN).
Indique a continuación el país (o países) en los cuales la entidad tiene obligaciones fiscales (residencia fiscal):
Para personas que ejercen control con residencia fiscal únicamente en México indique “México” y su RFC en Número de identificación fiscal (TIN).

En caso de que el Número de Identificación Fiscal no está disponible, indique la razón correspondiente (A, B o C):

Razón A: el país en el que tengo obligación de pago de impuestos no emite Números de Identificación Fiscal (TINs) para sus residentes fiscales.

Razón B: la persona que ejerce el control no puede obtener un Número de Identificación Fiscal (TIN). Si se selecciona esta razón, por favor indique el motivo por el cual no puede obtenerse el Número de Identificación Fiscal (TIN).

Razón C: el Número de Identificación Fiscal no se requiere. Seleccionar esta razón sólo en el caso de que la legislación local del país de residencia fiscal registrada no requiera la divulgación del Número de Identificación Fiscal (TIN) emitido por dicho país de residencia fiscal.

	País de Residencia Fiscal	Número de Identificación Fiscal (TIN)	Si no cuenta con Número de Identificación Fiscal indique razón A, B o C
1			
2			
3			

Si fue seleccionada la **Razón B**, por favor indique en el siguiente espacio el motivo por el cual no puede obtenerse el Número de Identificación Fiscal (TIN):

1	
2	
3	

Si la persona que ejerce el control es residente fiscal en un país que es una jurisdicción extranjera participante, por favor complete la Parte III. Tipo de persona que ejerce el control.

Parte III. Tipo de Persona que Ejerce Control

Favor de completar esta Sección si usted es residente fiscal en una o más jurisdicciones extranjeras participantes.
Marcar la casilla que corresponda a la figura jurídica de la persona que ejerce el control:

a) Persona que ejerce el control de una persona jurídica – representante legal	☐
b) Persona que ejerce el control de una persona jurídica – apoderado	☐
c) Persona que ejerce el control de una persona jurídica – alto funcionario ejecutivo	☐
d) Persona que ejerce el control de un fideicomiso – fideicomitente	☐
e) Persona que ejerce el control de un fideicomiso – fideicomisario	☐
f) Persona que ejerce el control de un fideicomiso – protector	☐
g) Persona que ejerce el control de un fideicomiso – beneficiario	☐
h) Persona que ejerce el control de un fideicomiso – otros	☐
i) Persona que ejerce el control de una estructura jurídica (no fideicomiso) – equivalente al fideicomitente	☐
j) Persona que ejerce el control de una estructura jurídica (no fideicomiso) – equivalente al fideicomisario	☐
k) Persona que ejerce el control de una estructura jurídica (no fideicomiso) – equivalente al protector	☐
l) Persona que ejerce el control de una estructura jurídica (no fideicomiso) – equivalente al beneficiario	☐

Declaración y firma de la primera persona que ejerce control

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 I 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 auto-certificación correspondiente.
Si está completando este formulario en nombre de una persona que ejerce el control, por favor indique cuál es la función o calidad en la que firma.

Con la firma de la presente solicitud 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, 03200, México, Ciudad de México, en la Ventanilla Integral de Atención de AXA. Para consultar otras oficinas de atención en el país ver axa.mx/web/servicios-axa/centros-de-atencion. El horario de atención de lunes a jueves de 8:00 a 17:30 horas y viernes de 8:00 a 16:00 horas.

Certifico que soy la persona que ejerce el control de la(s) cuenta(s) en posesión del titular de la cuenta que es una entidad a la que se refiere este formulario, o que estoy autorizado para firmar en nombre de la persona que ejerce el control.

Nombre completo de la primera persona que ejerce control	**Firma**

Fecha	