

## CUESTIONARIO FATCA

Folio \_\_\_\_\_

Póliza \_\_\_\_\_

**DATOS DEL CONTRATANTE PERSONA MORAL**

Denominación y/o razón social:			
Nacionalidad(es):	RFC:	Relación con el solicitante:	
Número de serie de la Firma Electrónica Avanzada <sup>1</sup> :		Correo electrónico o página web <sup>1</sup> :	
Giro mercantil u objeto social:	Folio mercantil:	Fecha de constitución:     /     /	
Nombre completo del apoderado legal:		Nacionalidad(es) del apoderado:	
Domicilio del apoderado legal:			

**DATOS DEL CONTRATANTE PERSONA FÍSICA**

Nombre(s), apellido paterno, apellido materno:		
Nacionalidad(es):	Fecha de nacimiento:    /    /	País y lugar de nacimiento:
RFC:	CURP¹:	TIN¹:
Relación con el solicitante:	Tipo, número y emisor de la identificación oficial:	Vigencia:    /    /
Ocupación o profesión:	Giro de negocio:	Especifique:
Número de serie de la Firma Electrónica Avanzada¹:	Correo electrónico o página web¹:	
¿Ocupa o ha ocupado en los últimos dos años algún cargo o función pública?    Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Especifique cargo:		

**DOMICILIO FISCAL DEL CONTRATANTE** (persona física o moral si no cuenta con él, indique el domicilio particular)

Calle y número:			Colonia:		
Municipio o delegación:		Ciudad o población:		Estado:	
País:	CP y/o POBOX <sup>1</sup> :	Teléfono:	Clave de país:	Código de ciudad:	
País de residencia fiscal:			Órdenes de transferencia permanentes <sup>1</sup> :		

CUESTIONARIO DE CIUDADANIA NORTE-AMERICANA	CONTRATANTE	SOLICITANTE O ASEGURADO	BENEFICIARIO	OBSERVACIONES
¿Tiene pasaporte de los EUA, formato W-9 o tarjeta de residente permanente en EUA (green card)?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Exclusivo para personas físicas
¿Nació en EUA y no ha cambiado su nacionalidad o ciudadanía, aún si tiene otra distinta?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Exclusivo para personas físicas
¿Alguno de sus padres nació en EUA?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Exclusivo para personas físicas
¿Tiene residencia permanente en EUA (green card)?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Exclusivo para personas físicas
¿Ha permanecido en EUA, durante un periodo de 183 días o más en los últimos tres años?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Exclusivo para personas físicas
¿Tiene domicilio de residencia en EUA?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Exclusivo para personas físicas
Si es una institución financiera ¿La empresa tiene algún socio o accionista con ciudadanía de los EUA?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Exclusivo para personas morales
Si es una institución no financiera¿La empresa cuenta con accionistas ciudadanos americanos con más del 10% de la propiedad?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Exclusivo para personas morales
¿Tiene su domicilio o dirección de correspondencia en EUA?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Exclusivo para personas morales

Me obligo a notificar a MAPFRE México S.A. cualquier cambio en los datos aquí proporcionados en un plazo máximo de 10 días hábiles. Manifiesto que conozco y acepto lo establecido en el Aviso de Privacidad de MAPFRE México, S.A.

Lugar y Fecha:		
Firma del Contratante	Firma del Solicitante	Firma del Beneficiario

<sup>1</sup> Si cuenta con ella.