



MAPFRE México, S.A.
Av. Revolución No. 507, Colonia San Pedro de los Pinos,
Delegación Benito Juárez, Código Postal 03800, Ciudad de
México. Teléfono: 6592 9000 RFC. MTE-440316 E54

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 ¹ :		Correo electrónico o página web ¹ :
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:	CURP ¹ :	TIN ¹ :
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 Avanzada ¹ :		Correo electrónico o página web ¹ :
¿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 ¹ :	Teléfono:	Clave de país:	Código de ciudad:
País de residencia fiscal: Órdenes de transferencia permanentes ¹ :				

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

¹ Si cuenta con ella.