



Vida y Ahorro
Solicitud de Reclamación de Siniestros Vida
Beneficiarios Personas Físicas

Los campos marcados con * son opcional.

| Datos de la Póliza | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|-----------------------------|--------------------|----------------------|---------------------|------|--|
| Siniestro | | | | | Fecha de solicitud | | | | | |
| | | | | | Día | Mes | | Año | | |
| Número de Póliza(s) | | | | Número de certificado(s) | | | | | | |
| Nombre de (los) Contratante(s) | | | | | | | | | | |
| Origen de la reclamación | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Fallecimiento | <input type="checkbox"/> Anticipo por Enfermedad Terminal | <input type="checkbox"/> Pérdida Orgánica | Fecha de siniestro | | Día | Mes | | Año | | |
| <input type="checkbox"/> Anticipo por Fallecimiento | <input type="checkbox"/> Invalidez Total y Permanente | <input type="checkbox"/> Otras causas | Especifique _____ | | | | | | | |
| La causa del siniestro se debió a | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Accidente | <input type="checkbox"/> Enfermedad | <input type="checkbox"/> Causas naturales | <input type="checkbox"/> Otras causas | | | | | | | |
| Datos del Asegurado | | | | | | | | | | |
| Nombre completo de la persona (como aparece en su identificación oficial) | | | | | Nacionalidad(es) | | | Fecha de nacimiento | | |
| | | | | | | | | Día | Mes | |
| Domicilio | Calle | No. | Colonia | | Código postal | | Alcaldía o municipio | | | |
| Ciudad | Estado | | | País | | Teléfono | | | | |
| RFC con homoclave | CURP | | | Actividad o giro del negocio | | | | | | |
| Número de serie del certificado de la Firma Electrónica Avanzada* | | | | Ocupación/profesión del Asegurado a la fecha del siniestro | | | | | | |
| País y estado de nacimiento | | | No. de Identificación Fiscal (se refiere al equivalente del RFC en el país que corresponda) | | | | | | | |
| En caso de contar con domicilio y/o residencia fiscal en el extranjero indicar: País: _____ | | | | | | | | | | |
| Domicilio: _____ | | | | | | | | | | |
| Datos del (los) Beneficiario(s) del pago y/o Representante Legal (persona física) | | | | | | | | | | |
| Para el caso en el que se reclame el Fallecimiento, Anticipo por Fallecimiento, Gastos Funerarios o Apoyo Económico Adicional por Gastos Funerarios firman los Beneficiarios. Para el caso en el que se reclame Invalidez Total y Permanente, Enfermedad, Pérdida Orgánica o Anticipo por Enfermedad Terminal firma el Asegurado. | | | | | | | | | | |
| Nombre completo de la persona (como aparece en su identificación oficial) | | | | | Parentesco con el Asegurado | | | | | |
| Ocupación o profesión | | | | Actividad o giro del negocio | | | Nacionalidad(es) | | | |
| País y estado de nacimiento | | | | Número de serie del certificado de la Firma Electrónica Avanzada* | | | | | | |
| Fecha de nacimiento | | | Domicilio en territorio nacional para oír y recibir notificaciones | | | | | No. | | |
| Día | | | Mes | | Año | | Calle | | | |
| Código postal | | Colonia | | Alcaldía o municipio | | Ciudad | | Estado | País | |
| RFC con homoclave | | | CURP | | | Correo electrónico | | | | |
| Teléfono | | | No. de Identificación Fiscal (se refiere al equivalente del RFC en el país que corresponda) | | | | | | | |
| En caso de contar con domicilio y/o residencia fiscal en el extranjero indicar: País: _____ | | | | | | | | | | |
| ¿Doble nacionalidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál? _____ | | | | | | | | | | |

| | | | | |
|--|--------|---|---------------------|----------------------|
| Domicilio Calle | No. | Colonia | Código postal | Alcaldía o municipio |
| Ciudad | Estado | | País | Teléfono |
| Opción de pago | | | | |
| <input type="checkbox"/> Transferencia electrónica <input type="checkbox"/> Orden de pago (montos menores a \$20,000) | | Banco | Plaza | Sucursal |
| Clabe interbancaria (utilizada para cuentas en México/18 dígitos numéricos) | | | | |
| ABA (Clave utilizada para cuentas de USA/numérica) | | SWIFT (Clave utilizada para cuentas del resto del mundo/alfanumérica) | | |
| IBAN (Código Internacional de Cuenta Bancaria/alfanumérico) | | | | |
| País de origen de la cuenta | | | Moneda de la cuenta | |
| <p>El Asegurado o Beneficiario, o su representante legal declara, bajo protesta de decir verdad, que la cuenta bancaria aquí proporcionada se encuentra a su nombre, en caso de proporcionar datos erróneos o cuenta a favor de un tercero, el interesado libera de toda responsabilidad a esta Compañía por los pagos/depósitos, que a favor de dichas cuentas esta efectúe.</p> <p>Nota: la Compañía de seguros procederá al(los) pago(s) que se encuentre(n) cubierto(s) conforme al contrato del seguro celebrado, por lo cual no queda obligada por este documento a la procedencia de la reclamación, ni a renunciar a los derechos que se reserva conforme a la Póliza de seguros. Queda expresamente convenido que al recibir el pago por concepto de indemnización por el medio indicado, el Beneficiario del seguro otorga a favor de AXA Seguros, S.A. de C.V., el más amplio finiquito que en derecho proceda no reservando acción o derecho que ejercer en contra de la Compañía, sea de naturaleza civil, penal o de cualquier otra índole, con motivo del siniestro que fue materia de la reclamación presentada bajo el amparo de la Póliza de seguros contratada. En caso de que se encuentre precedente la reclamación y se haya elegido la forma de pago por transferencia electrónica, el interesado está de acuerdo en que el pago de la reclamación se llevará a cabo mediante la transferencia electrónica a la cuenta bancaria proporcionado en el estado de cuenta bancario o la consulta de clabe interbancaria, correspondiente al Beneficiario del pago y anexo a este formato.</p> | | | | |
| En caso de reclamación por Fallecimiento, Anticipo por Fallecimiento, Gastos Funerarios o Apoyo Económico adicional por Gastos Funerarios, firma el beneficiario. En caso de reclamación por Invalidez Total y Permanente, Enfermedad Terminal, Anticipo por Enfermedad Terminal o Pérdida Orgánica firma el Asegurado. | | | | |
| 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, Ciudad de México, 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 es de lunes a jueves de 8:00 a 17:30 horas y viernes de 8:00 a 16:00 horas. | | | | |
| Tus datos serán tratados de conformidad con lo establecido en nuestro Aviso de Privacidad, ubicado en axa.mx , y para todos los fines del Contrato de Seguro. | | | | |
| Cruzar la casilla que corresponda: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Otorgo mi consentimiento expreso para que AXA transfiera con mi agente de seguros, la siniestralidad de mi Póliza. En este sentido, el agente tendrá carácter de Responsable en términos de la Ley Federal de Datos Personales en Posesión de los Particulares de los datos personales y datos personales sensibles que AXA le transfiera. | | | | |
| Correo electrónico del agente _____ | | | | |
| AXA Seguros, S.A. de C.V., con domicilio en Avenida Félix Cuevas número 366, piso 3, Colonia Tlacoquemécatl, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03200, Ciudad de México, llevará a cabo el tratamiento de sus datos personales para todos los fines vinculados con la relación jurídica/ contractual que tengamos celebrado o en su caso se vaya a celebrar con usted y demás finalidades previstas en el aviso de privacidad integral, que puede consultar en axa.mx en la sección Aviso de Privacidad. | | | | |
| <input type="checkbox"/> Autorizo el tratamiento de mis datos personales financieros y patrimoniales para efectos de lo antes previsto. | | | | |
| Para aquellos datos personales considerados sensibles, la firma de este documento servirá como manifestación expresa de esta autorización. | | | | |
| Reconozco que haré del conocimiento de los titulares, que proporcioné sus datos personales a AXA, así como el lugar en que pueden consultar el Aviso de Privacidad Integral. | | | | |

Artículo 492 Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas

| | |
|--|--|
| 1. Mencione si usted, su cónyuge o pariente colateral hasta segundo grado, es una persona políticamente expuesta <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| En caso afirmativo, nombre completo | Relacion y puesto desempeñado |
| 2. ¿Actúa en nombre y cuenta propia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso negativo, mencione el nombre del tercero por el cual actúa |
| Acto jurídico a través del cual obtuvo el mandato o representación | Parentesco o vínculo con usted |

Pasos a seguir en una reclamación

1. Recabar toda la documentación obligatoria para iniciar el trámite de acuerdo con el riesgo ocurrido. Llenar toda la solicitud de reclamación con letra clara y todos los campos obligatorios.

| Documentos | Póliza Individual | | Póliza de Grupo | |
|---|-------------------|------------------|-----------------|------------------|
| | Fallecimiento | Otros beneficios | Fallecimiento | Otros beneficios |
| Solicitud de reclamación personas físicas (formato de AXA). | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Resumen clínico del médico tratante en original, amplio y detallado con antecedentes patológicos y no patológicos completos, con fechas de diagnóstico y tratamiento. | | ✓ | | ✓ |
| Recibo de nómina del asegurado a la fecha de siniestro cuando la Póliza sea vía descuento por nómina. | ✓ | ✓ | | |
| Recibo de nómina del Asegurado a la fecha de siniestro (si se trata de Póliza con relación laboral). | | | ✓ | |
| Recibo de nómina del Asegurado a la fecha de siniestro. | | | | ✓ |
| Original o copia certificada del acta de nacimiento del Asegurado. | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Original o copia certificada del acta de nacimiento del (los) beneficiario(s). | ✓ | | ✓ | |
| Original o copia certificada del acta de defunción del Asegurado. | ✓ | | ✓ | |
| Original o copia certificada de acta de matrimonio (en caso de que alguno de los Beneficiarios sea cónyuge), o jurisdicción voluntaria en caso de concubinato. | | | ✓ | |
| Original o copia certificada de acta de matrimonio (en caso de que alguno de los Beneficiarios sea cónyuge). | ✓ | | | |
| En caso de que la muerte sea a consecuencia de un accidente: copia certificada o cotejada de la carpeta de investigación completa. | ✓ | | ✓ | |
| Dictamen Oficial de Invalidez (IMSS, ISSSTE, SSA). En caso de no contar con seguridad social deberá presentar Dictamen de Invalidez emitido por médico especialista en la materia, en original, adjuntando los estudios de laboratorio, histopatológicos y gabinete realizados (radiografías, resonancias magnéticas, tomografía, ultrasonido, etc.). | | ✓ | | ✓ |
| Copia simple de identificación oficial del Asegurado. | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Copia simple de identificación oficial del (los) beneficiario(s). | ✓ | | ✓ | |

| Documentos | Póliza Individual | | Póliza de Grupo | |
|--|-------------------|------------------|-----------------|------------------|
| | Fallecimiento | Otros beneficios | Fallecimiento | Otros beneficios |
| Cuenta clabe interbancaria a nombre del beneficiario. | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Copia de comprobante de domicilio (no mayor a tres meses). | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Cédula de Consentimiento firmada en original por el Asegurado, en formato de AXA, que contenga designación de Beneficiarios. | | | ✓ | |
| Carátula de Póliza y documentación contractual. | ✓ | ✓ | | |
| Alta ante el IMSS, contrato laboral o documentación que acredite el vínculo entre el Contratante y el Asegurado. | | | ✓ | |

2. Entregar en las oficinas de AXA los documentos para iniciar la reclamación.

3. La oficina de AXA en donde se entregaron los documentos dará seguimiento a la respuesta del trámite. Es importante que proporcione correctamente sus datos personales como: teléfono, correo electrónico, dirección, entre otros.

Conceptos básicos

Persona políticamente expuesta: es aquella que desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en un país extranjero o en territorio nacional, ha sido jefe de estado o de gobierno, líder político, funcionario gubernamental, judicial o militar de alta jerarquía, alto ejecutivo de empresas estatales o funcionario o miembro de partidos políticos y organizaciones internacionales.

Póliza de Grupo: Póliza contratada a través de una empresa. El Asegurado tiene relación laboral, se adhiere de forma voluntaria o cuenta con un crédito con el Contratante.

Póliza Individual: Póliza contratada directamente por el Asegurado.

Copia certificada: documento certificado ante notario público o autoridad competente.

La recepción de documentación no prejuzga sobre la procedencia o improcedencia de la reclamación.

La Compañía se reserva el derecho de solicitar algún documento o información sobre los hechos relacionados con el siniestro, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Dudas, quejas o sugerencias envía al correo electrónico: siniestrosvida@axa.com.mx o llámanos al **800 900 1292**.

En caso de ser más de un Beneficiario llenar el formato Otros Beneficiarios para poder tramitar la reclamación para cada uno.

En caso de que el Beneficiario, Asegurado o a quien se ceda el derecho de la Póliza y que reclame el pago del seguro no sepa o no pueda firmar, deberá expresarse esta circunstancia e imprimir la huella digital de sus dedos pulgar e índice derechos, y que dos personas firmen a su ruego como testigos. Anexar de los testigos, copia simple de su credencial de elector, de su pasaporte o de su cédula profesional por ambos lados.

Hacemos constar que en nuestra presencia _____ imprimió su huella digital en virtud de no saber o no poder firmar y después de haber sido enterado del contenido de la solicitud de reclamación, manifestó expresamente su conformidad con ella y a su ruego firmó.

| | |
|--|----------------------|
| Nombre y firma del beneficiario | Lugar y fecha |
| | |
| Nombre completo del testigo 1 | Firma |
| | |
| Nombre completo del testigo 2 | Firma |
| | |

Esta documentación es enunciativa sin perjuicio del derecho de la Compañía establecido en el artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro de requerir información adicional.