



Instrucciones

1. Los campos marcados con asterisco son obligatorios.
2. Utilice este formato para darse de alta en esta forma de pago o para actualizar su información bancaria.
3. Personas físicas: anexar copia de identificación oficial por ambos lados y copia del último estado de cuenta bancario.
4. Personas morales: anexar copia de poder notarial, identificación oficial del apoderado legal y último estado de cuenta bancario.
5. No se admiten tarjetas de crédito, cuentas de inversión o dolarizadas, sólo cuentas de cheques en moneda nacional.

Información general

Tipo de trámite <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Actualización	Persona <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Moral	Solicitante <input type="checkbox"/> Cliente <input type="checkbox"/> Beneficiario <input type="checkbox"/> Proveedor
Si es cliente, su reclamación es de <input type="checkbox"/> Gastos Médicos <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Daños <input type="checkbox"/> Vida		

Información general del beneficiario del pago

Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social*

Ocupación o profesión _____ Actividad o giro del negocio _____

Nacionalidad <input type="checkbox"/> Mexicana <input type="checkbox"/> Extranjera	Fecha de nacimiento* Día _____ Mes _____ Año _____	Teléfono 01 _____	Domicilio Calle _____
No. Exterior _____	No. Interior _____	Código postal _____	Colonia _____
Delegación o municipio _____		Ciudad _____ Estado _____ R.F.C.* _____ C.U.R.P.* _____	
Correo electrónico* _____	¿Actualmente cuenta con otro seguro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Aseguradora		

Por este medio, solicito a AXA Seguros S.A. de C.V. proceda a abonar en forma electrónica a la cuenta abajo indicada, los pagos procedentes derivados del siniestro reclamado, la cual indico en el presente formato junto con la documentación correspondiente para su análisis; que en caso de ser asegurado, resulten de la aplicación de las condiciones generales y exclusiones de la póliza contratada o, en caso de ser prestador de servicios fuera de red, resulten de la aceptación del tabulador ofrecido por AXA para efectos de este siniestro, sin que esto represente una relación contractual. El beneficiario declara, bajo protesta de decir verdad, que la cuenta bancaria aquí proporcionada se encuentra a su nombre, lo que 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/depositos, que a favor de dichas cuentas ésta efectúe.

Nota: La institución de seguros procederá al(los) pago(s) que se encuentre(n) cubierto(s) en el 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 abono como 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 aseguradora, 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 clave interbancaria, correspondiente al beneficiario del pago y anexo a este formato, incluyendo los datos del correo electrónico, teléfono, sucursal y plaza en caso de que no sea visible en la consulta de la clave interbancaria.

Domicilio actual (llene esta sección sólo si su domicilio difiere del que aparece en su estado de cuenta)

Calle _____	No. Exterior _____	No. Interior _____	Colonia _____
Delegación o municipio _____	Ciudad _____	Estado _____	Código postal _____

Información bancaria (llene esta sección sólo si su estado de cuenta no contiene los siguientes datos o no se distinguen a primera vista)

Banco* _____	Nombre y No. de plaza bancaria* _____	No. de sucursal* _____
No. de cuenta* _____	Clabe interbancaria* (Utilizada para cuentas en México/18 dígitos numéricos) _____	
Favor de llenar los siguientes campos si su cuenta es en dólares. (No aplica para Gastos Médicos)		
ABA (Clave utilizada para cuentas de USA/numérica) _____	SWIFT (Clave utilizada para cuentas del resto del mundo/alfanumérica) _____	

Declaro conocer y estar de acuerdo con el Aviso de Privacidad de AXA Seguros, S.A. de C.V. por lo que de conformidad con lo dispuesto por la Ley Federal de Datos Personales en Posesión de los Particulares autorizo que los datos personales proporcionados en esta solicitud puedan utilizarse para todos los fines del contrato de seguro.

Firma del beneficiario del pago Lugar y fecha

Firma del beneficiario del pago	Lugar y fecha
---------------------------------	---------------