

Datos generales									
No. de siniestro					No. de Póliza				
Fecha siniestro			Fecha reporte			Fecha inspección			
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	
Datos del Asegurado									
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno									
Domicilio					No. exterior	No. interior	Código postal		
Calle									
Colonia			Población o ciudad		Delegación o municipio		Estado		
Tel. particular (con clave de ciudad)			Tel. oficina (con clave de ciudad)			Tel. celular (con clave de ciudad)			
01			01			044			
Ocupación o profesión			Actividad o giro del negocio			Nacionalidad			
Fecha de nacimiento			Correo electrónico						
Día			Mes		Año				
R.F.C				C.U.R.P					
Declaración del siniestro por el Asegurado y reclamación de los daños									
							Nombre y firma		
Bajo protesta de decir verdad, se declara que los datos asentados en esta declaración son fieles y que no ha sido violado ninguno de los términos, condiciones o estipulaciones de la Póliza. De igual forma, se declara que las partes están de acuerdo en facilitar todos los informes y la ayuda que les sea requerida con relación a este siniestro y turnar cualquier notificación o reclamación que reciba de inmediato a la Compañía.									
Datos del representante legal									
En caso de ser varios administradores, directores, gerentes generales y/o apoderados legales, anexar relación									
No. de escritura					No. de notario público				
Notario					Entidad federativa				
Datos de la constitución									
No. de escritura donde consta la constitución					Folio mercantil del Registro Público				
Fecha de inscripción en el Registro Público			Día		Mes		Año		
Nombre del notario público					Entidad federativa en la que da fe				
Domicilio fiscal					No. exterior	No. interior	Código postal		
Calle									
Colonia			Población o ciudad		Delegación o municipio		Estado		
Tel. particular (con clave de ciudad)			Tel. oficina (con clave de ciudad)			Tel. celular (con clave de ciudad)			
01			01			044			

En caso de ser una subsidiaria mencione los nombres y proporción de la tenencia accionaria de la(s) sociedad(es) tenedora(s).				
Domicilio oficial matriz		No. exterior	No. interior	Código postal
Calle				
Colonia	Población o ciudad	Delegación o municipio		Estado
Tel. particular (con clave de ciudad)		Tel. oficina (con clave de ciudad)		Tel. celular (con clave de ciudad)
01		01		044
Nombre de los principales accionistas (personas físicas) que integran actualmente el capital social				
Datos del tercero				
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social				
Domicilio		No. exterior	No. interior	Código postal
Calle				
Colonia	Población o ciudad	Delegación o municipio		Estado
Tel. particular (con clave de ciudad)		Tel. oficina (con clave de ciudad)		Tel. celular (con clave de ciudad)
01		01		044
Ocupación o profesión		Actividad o giro del negocio		Nacionalidad
Fecha de nacimiento	Día	Mes	Año	Correo electrónico
R.F.C		C.U.R.P		
Declaración del siniestro por el Asegurado y reclamación de los daños				
				Nombre y firma
Bajo protesta de decir verdad, se declara que los datos asentados en esta declaración son fieles y que no ha sido violado ninguno de los términos, condiciones o estipulaciones de la Póliza. De igual forma, se declara que las partes están de acuerdo en facilitar todos los informes y la ayuda que les sea requerida con relación a este siniestro y turnar cualquier notificación o reclamación que reciba de inmediato a la Compañía.				
Declaración del siniestro por el tercero Responsabilidad Civil				
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno				
Correo electrónico			Teléfono	
Declaración			Nombre y firma	
Bajo protesta de decir verdad, se declara que los datos asentados en esta declaración son fieles y que no ha sido violado ninguno de los términos, condiciones o estipulaciones de la Póliza. De igual forma, se declara que las partes están de acuerdo en facilitar todos los informes y la ayuda que les sea requerida con relación a este siniestro y turnar cualquier notificación o reclamación que reciba de inmediato a la Compañía.				
Forma de pago		Cuenta bancaria a nombre del		
<input type="checkbox"/> Orden de pago <input type="checkbox"/> Transferencia electrónica		<input type="checkbox"/> Asegurado <input type="checkbox"/> Beneficiario		

Datos del beneficiario para el pago del siniestro por transferencia electrónica

El llenado de estos datos no obliga a la aseguradora a realizar una indemnización.

Banco		Nombre del titular de la cuenta	
No. de la plaza	No. de sucursal	Nombre de la sucursal	No. de cuenta
CLABE		ABA	
SWIFT		Moneda <input type="checkbox"/> Pesos <input type="checkbox"/> Dólares	

Declaraciones:

Por este medio, solicito a AXA Seguros, S.A. de C.V. proceda a abonar en forma electrónica a la cuenta arriba indicada, los pagos 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.

Ratifico con mi firma que los datos arriba asentados son correctos y que el número de cuenta proporcionado pertenece al beneficiario del pago y que en caso de error u omisión al respecto, será exclusivamente mi responsabilidad relevando de la misma a AXA Seguros, S.A. de C.V.

Documentos requeridos para pago (copias)

- | | |
|---|---|
| 1. Identificación oficial vigente (credencial de elector, cédula profesional, pasaporte, licencia de conducir, cartilla de servicio militar, tarjeta única de identificación militar, certificado de matrícula consular, carnet IMSS, tarjeta de afiliación al Instituto Nacional de las Personas adultas Mayores, credencial de educación media y media superior, credencial emitida por entidad federativa o estatal, credencial para obtener recursos o apoyos de programas gubernamentales o documento que acredite calidad migratoria).
2. Último estado de cuenta bancario.
3. R.F.C. o C.U.R.P.
Se hace la comparación entre los siguientes documentos:
<input type="checkbox"/> Identificación - Estado de cuenta
<input type="checkbox"/> Identificación - Comprobante de domicilio | 4. Carta poder.
5. Identificación oficial de el(los) representante(s) (credencial de elector, cédula profesional, pasaporte, licencia de conducir, cartilla de servicio militar, tarjeta única de identificación militar, certificado de matrícula consular, carnet IMSS, tarjeta de afiliación al Instituto Nacional de las Personas adultas Mayores, credencial de educación media y media superior, credencial emitida por entidad federativa o estatal, credencial para obtener recursos o apoyos de programas gubernamentales o documento que acredite calidad migratoria).
6. Comprobante de domicilio apoderado. |
|---|---|

Notas importantes

Se le informa al cliente que los datos de identificación deben de coincidir con los datos contenidos en los documentos de identificación que se exhiban al momento de exigir a la aseguradora el pago de indemnización por siniestro o cualquier otra remuneración a la que tenga derecho.

En caso de que, derivado del contrato de seguro, proceda cualquier pago de indemnización por siniestro o cualquier otra remuneración a la que tenga derecho el cliente por parte de esta aseguradora, la misma podrá abstenerse a realizar dicho pago hasta en tanto el cliente exhiba los documentos de identificación que la aseguradora le solicite en términos del artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y la resolución por la que se expiden las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. La resolución se expide bajo las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la ley antes mencionada una vez que se conste fehacientemente la identidad y datos del cliente a entera satisfacción de la aseguradora.

Asimismo, se le comunica al cliente que en caso de modificación los datos de identificación contenidos en este formulario durante la vigencia de su contrato deberá informarlo a la aseguradora a través de su agente.