



Solicitud de pago e identificación del cliente

Consideraciones

1. Todos los campos son obligatorios, excepto los opcionales marcados con asterisco.
2. El llenado de este documento debe ser uniforme, es decir, usando letra de molde legible o de forma electrónica. No debe mezclar ambas opciones.
3. El documento será inválido si presenta tachaduras y/o enmendaduras.
4. No se admiten tarjetas de crédito o cuentas de inversión.
5. Los datos fiscales tendrán que coincidir con su Constancia de Situación Fiscal.
6. En caso de firmar digitalmente este documento por medio de una plataforma, el correo electrónico proporcionado a la Compañía para tal efecto debe coincidir con el que haya incluido en esta Solicitud de Pago e Identificación del Cliente.

Información general				
Persona física <input type="checkbox"/>		Persona moral <input type="checkbox"/>		
Su reclamación es de:				
Autos <input type="checkbox"/>		Daños <input type="checkbox"/>		Número de Siniestro
Datos generales del Solicitante				
Nombre completo (como aparece en su identificación oficial) / Razón social				
RFC (con homoclave) o Número de identificación fiscal en el extranjero			Fecha de nacimiento / día mes año	
Nacionalidad (es)			País de Nacimiento / País de Constitución	
CURP			Estado de nacimiento	
Teléfono			Correo electrónico	
Número de serie del certificado digital de la Firma Electrónica Avanzada (FIEL), si cuenta con ella*				
Ocupación / Giro Mercantil, actividad u objeto social				
Folio mercantil del registro público (solo para personas morales)				
Nombre completo del (los) apoderado(s) legal(es) (solo persona moral)				
País de Nacimiento del Representante Legal			Fecha de Nacimiento del Representante Legal	
Domicilio Calle		No. exterior	No. interior	Colonia
Código postal				
Alcaldía o municipio	Población o ciudad	Estado		País
Régimen fiscal o Régimen capital:	Código postal Fiscal	Clave de Uso		
Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas				
En caso de ser persona física, mencione si usted, su cónyuge o pariente colateral hasta el segundo grado, o, en caso de ser persona moral, si dentro de la composición accionaria algún accionista, su cónyuge o pariente colateral hasta el segundo grado desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en un país extranjero o en territorio nacional, o bien, 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. Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
Nombre completo de la persona que desempeña o desempeñó el cargo público			Puesto desempeñado	
Relación				
Actúa en nombre y por cuenta propia (Solo aplica para personas físicas) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		En caso negativo, mencione el nombre del tercero por el que actúa, quien también deberá llenar el "Formato de solicitud de pago e identificación del cliente" respectivo.		

SD - 031 • FEBRERO 2024



Solicitud de pago e identificación del cliente

Aviso de Privacidad

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, incluyendo los datos personales considerados financieros, patrimoniales y sensibles 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, por lo que la firma de este documento sirve como mi 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.

Información bancaria

Nombre del beneficiario del pago:

Banco	No. de sucursal
No. de cuenta	CLABE interbancaria (utilizada para cuentas en México/18 dígitos numéricos)
Convenio CIE	
IBAN	
Favor de llenar los siguientes campos si su cuenta es en dólares (no aplica para Gastos Médicos)	
ABA (clave utilizada para cuentas de EUA/numérica)	SWIFT (clave utilizada para cuentas del resto del mundo/alfanumérica)

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. En caso de ser prestador de servicios fuera de red, los que 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/depósitos, que a favor de dichas cuentas esta 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 procedente 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 proporcionada en el documento Cuenta CLABE o en el estado de cuenta bancario (que no deberá contener datos de tarjetas bancarias en claro; se deberá "enmascarar / tachar" el dato para que no sea legible, antes de su entrega, así como tachar las compras que no se refieren al bien afectado), 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 CLABE interbancaria.

Firma del beneficiario del pago (como aparece en su identificación oficial presentada)	Lugar y fecha

SD - 031 • FEBRERO 2024



Solicitud de pago e identificación del cliente

Documentos anexos a la solicitud	
Persona física	Persona moral
Presentar cualquiera de los siguientes documentos en original y copia:	Presentar copia de los siguientes documentos:
a) Identificación oficial personal vigente a la fecha de su presentación, que contenga fotografía, firma y, en su caso, domicilio.	a) Identificación oficial del apoderado
<ol style="list-style-type: none"> 1. Credencial para votar 2. Pasaporte 3. Cédula profesional 4. Cartilla servicio militar 5. Tarjeta única de identidad militar 6. Certificado de matrícula consular 7. Credencial/Carnet IMSS 8. Tarjeta afiliación Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores 	b) Apoderado (cuando exista) <ol style="list-style-type: none"> 1. Carta poder 2. Copia del poder notarial
Personas extranjeras:	Presentar comprobante de domicilio solo en caso de que no coincida con el de la identificación (cualquiera de los siguientes documentos).
<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasaporte 2. Documento que acredite calidad migratoria 	c) Comprobante de domicilio de la persona o del apoderado (no mayor a 3 meses) <ol style="list-style-type: none"> 1. Luz 2. Teléfono 3. Predial 4. Agua 5. Gas natural 6. Telefonía residencial o celular sujeto a plan de pago
Presentar comprobante de domicilio solo en caso de que no coincida con el de la identificación (cualquiera de los siguientes documentos).	d) Registros gubernamentales <ol style="list-style-type: none"> 1. Constancia de Situación Fiscal 2. Comprobante de inscripción para la Firma Electrónica Avanzada (FIEL)
b) Comprobante de domicilio de la persona o del apoderado (no mayor a 3 meses)	e) Acta constitutiva
<ol style="list-style-type: none"> 1. Luz 2. Teléfono 3. Predial 4. Agua 5. Gas natural 6. Telefonía residencial o celular sujeto a plan de pago 	f) Cédula de identificación fiscal
Presentar los siguientes documentos en copia, cuando cuente con ellos:	g) Poderes de él o los representantes
c) Registros gubernamentales	h) Identificación de él o los representantes
<ol style="list-style-type: none"> 1. Constancia de Situación Fiscal 2. Clave Única Registro Población 3. Comprobante de inscripción para la Firma Electrónica Avanzada (FIEL) 	i) Manifiesto de futura inscripción al registro cuando sea una empresa de reciente constitución
	j) Acta constitutiva aun si es empresa extranjera
	k) Oficio nombramiento (sector público)

En caso de pago por transferencia:

Documento Cuenta CLABE o estado de cuenta bancario (que no deberá contener datos de tarjetas bancarias en claro; se deberá "enmascarar / tachar" el dato para que no sea legible, antes de su entrega, así como tachar las compras que no se refieren al bien afectado), correspondiente al beneficiario del pago.

En caso de existir varios siniestros, el Beneficiario del Pago autoriza a AXA Seguros, S.A. de C.V. a emplear la información contenida en este documento para la atención y trámite de los mismos.

En caso que la información proporcionada en este documento haya cambiado, el Beneficiario del Pago deberá actualizar la misma, debiendo avisar a AXA Seguros, S.A. de C.V.; o en su caso ésta podrá solicitar la actualización de la información en un plazo máximo de un año a partir de la fecha de firma del presente documento.