



Solicitud de pago e identificación del cliente Payment request and customer identification form

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.

Notes

1. Filling out all fields is mandatory, except for optional fields which are marked with an asterisk (*).
2. Document formatting must be consistent so fill it out writing legibly in block letters or electronically, but not both.
3. This document will be void if crossed out and/or altered.
4. Credit cards or investment accounts are not accepted.
5. Tax data must match your Certificate of Tax Status.
6. In case of digital signature of this document through a platform, e-mail provided to the Company for such purpose must match e-mail stated in this Payment request and customer identification form.

Información general (General Information)			
Persona física ☐		Persona moral ☐	
Individual ☐		Legal Entity ☐	
Su reclamación es de: (Claim)			
Autos ☐		Daños ☐	
Motor ☐		P&C ☐	
		Número de Sinistro Insurance Claim number	
Datos generales del Solicitante (General data of the applicant)			
Nombre completo (como aparece en su identificación oficial) / Razón social Full name (as shown in the official ID card)/Company name			
RFC (con homoclave) o Número de identificación fiscal en el extranjero Tax payer ID (with last three digits) or Foreign taxpayer ID number		Fecha de nacimiento / Constitución de la empresa Date of birth/company incorporation	
día mes año day month year			
Nacionalidad (es) Nationality(ies)		País de Nacimiento / País de Constitución Country of birth / incorporation	
		Estado de nacimiento State of birth	
CURP* CURP* (Unique Population Registry Code)		Correo electrónico E-mail	
Teléfono Phone			
Número de serie del certificado digital de la Firma Electrónica Avanzada (FIEL), si cuenta con ella* Serial number of the digital certificate of the Advanced Electronic Signature (FIEL), where available.*			
Ocupación / Giro Mercantil, actividad u objeto social Occupation/Line of business/Business activity or social purpose			
Folio mercantil del registro público (solo para personas morales) Mercantile folio of the Public Registry (legal entities only)			
Nombre completo del (los) apoderado(s) legal(es) (solo persona moral) Full name of the legal representative(s) (for legal entities only)			
País de Nacimiento del Representante Legal Country of birth of the Legal Representative		Fecha de Nacimiento del Representante Legal Date of birth of the Legal Representative	



Solicitud de pago e identificación del cliente

Payment request and customer identification form

Domicilio Calle Address Street	No. exterior <i>Apartment number</i>	No. interior <i>Street number</i>	Colonia <i>Neighborhood</i>	Código postal <i>Zip code</i>
Alcaldía o municipio <i>Borough or municipality</i>	Población o ciudad <i>Town or city</i>	Estado <i>State</i>	País <i>Country</i>	
Régimen fiscal o Régimen capital: <i>Tax regime or capital regime:</i>	Código postal Fiscal <i>Tax Zip Code</i>	Clave de Uso <i>CFDI use key</i>		

Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas (Article 492 of the Insurance and Bonding Institutions Law)

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 ☐ No ☐

In case you are an individual, please state if you, your spouse or collateral relative up to second degree, or in case of a legal entity, if within a shareholder structure, any shareholder, his/her spouse or collateral relative up to second degree holds or has held an important public office in Mexico or any foreign country, or has been head of state or government, political leader; senior government, judicial or military officer, senior executive of state-owned companies or officer or member of political parties.

Yes ☐ No ☐

Nombre completo de la persona que desempeña o desempeñó el cargo público <i>Full name of the person who holds or held public office</i>	Puesto desempeñado <i>Position held</i>
--	--

Relación
Kinship/relationship

Actúa en nombre y por cuenta propia (Solo aplica para personas físicas) ☐ Sí ☐ No <i>Acts on his/her own behalf or for his/her own account (applicable to individuals only)</i> Yes ☐ 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. <i>If the answer is no, please provide the name of the third-party on whose behalf you are acting, who shall also fill out the respective "Payment request and customer identification form".</i>
--	--

Aviso de Privacidad (Privacy Notice)

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.

AXA Seguros, S.A. de C.V., with address at Avenida Félix Cuevas número 366, piso 3, Colonia Tlacoquemécatl, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03200, Mexico City, will process your personal data, including financial, property and sensitive personal data for all purposes related to the legal/contractual relationship, we are about to enter into or have entered into with you, including all other purposes provided by the full privacy notice, you may see at axa.mx under the Privacy Notice section; therefore, the signature of this document serves as express statement of such authorization I acknowledge that I will inform the privacy notice holders that I provided their personal data to AXA, and where to see the Full Privacy Notice.



Solicitud de pago e identificación del cliente Payment request and customer identification form

Información bancaria (Bank Account)	
Nombre del beneficiario del pago: <i>Name of Loss payee:</i>	
Banco <i>Bank</i>	No. de sucursal <i>Branch No.</i>
No. de cuenta <i>Account Number</i>	CLABE interbancaria (utilizada para cuentas en México/18 dígitos numéricos) <i>CLABE(Standardize Bank Code for accounts in Mexico/18 numerical digits)</i>
Convenio CIE <i>CIE Agreement</i>	
IBAN <i>IBAN</i>	
Favor de llenar los siguientes campos si su cuenta es en dólares (no aplica para Gastos Médicos) <i>Please fill in the following fields if your account is in USD (not applicable to Medical Expenses)</i>	
ABA (clave utilizada para cuentas de EUA/numérica) <i>ABA (numerical/American Bankers Association routing number for accounts in USA)</i>	SWIFT (clave utilizada para cuentas del resto del mundo/ alfanumérica) <i>SWIFT (Alphanumeric/Bank Identifier Code for accounts in the rest of the world)</i>
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.	

SD - 031 • FEBRUARY 2024



Solicitud de pago e identificación del cliente
Payment request and customer identification form

By this mean, I request AXA Seguros S.A. de C.V. to make a wire transfer of the applicable payments of the claimed loss to the account shown below, which I provided in this form together with the respective documents submitted to be analyzed, which, in case I am the Insured, shall result from applying the general conditions and exclusions of the Policy purchased. In the event I am an out of network service provider, it shall result from the acceptance of the Schedule of fees offered by AXA for the purpose of this claim, without implying a contractual relationship.

The Loss payee declares, under penalty of perjury, that the bank account provided herein is in the name of the Loss payee; therefore, in case of providing wrong data or an account in favor of a third party, the interested party releases this Company of all liability for payments/deposits it makes in favor of such accounts.

Note: The Insurance Institution will make payment(s) that are covered under the insurance taken out; therefore, it will not be bound by this document to the admissibility of the claim, nor to waive to its rights pursuant to the insurance policy. It is expressly agreed that upon indemnity payment by the means indicated herein, the Insurance Loss Payee will grant in favor of AXA Seguros, S.A. de C.V., the broadest settlement payment as permitted by law, without reserving any actions or rights against the Insurer, whether civil, criminal or of any nature by reason of the loss subject-matter of the claim filed under coverage of the insurance policy purchased. In case the claim has been admitted and a wire payment method has been elected, the interested party will agree to a wire transfer payment of the claim to the provided bank account with the Loss Payee's CLABE or bank statement (which must not contain unencrypted bank cards data; before submission, "data masking / crossing out data" is required so data is unreadable, and purchases not referring to the property involved must also be crossed out), attached hereto and including e-mail, phone number and town/city in case it is not visible when viewing the CLABE.

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

Signature of Loss payee (as shown in the submitted Loss payee's official identification)

Lugar y fecha

Place and date

SD - 031 • FEBRUARY 2024



Solicitud de pago e identificación del cliente Payment request and customer identification form

Documentos anexos a la solicitud (Documents attached to the application)	
Persona física <i>Individual</i>	Persona moral <i>Legal entity</i>
Presentar cualquiera de los siguientes documentos en original y copia: <i>Submit original or copy of any of the following documents.</i>	Presentar copia de los siguientes documentos: <i>Submit copy of the following documents:</i>
a) Identificación oficial personal vigente a la fecha de su presentación, que contenga fotografía, firma y, en su caso, domicilio. 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	a) Identificación oficial del apoderado <i>a) Official Identification of legal representative</i>
Personas extranjeras: 1. Pasaporte 2. Documento que acredite calidad migratoria	b) Apoderado (cuando exista) 1. Carta poder 2. Copia del poder notarial <i>b) Legal representative (if any)</i> 1. Power of attorney 2. Notarized power of attorney
a) <i>Current official personal identification on the date it is submitted, with photograph, signature and address, if any.</i> 1. Voting card 2. Passport 3. Professional license 4. Military service card 5. Individual military identity card 6. Consular registration certificate 7. IMSS (Mexican Social Security Institute) Card 8. National Institute of Elderly Persons membership card	Presentar comprobante de domicilio solo en caso de que no coincida con el de la identificación (cualquiera de los siguientes documentos). c) Comprobante de domicilio de la persona o del apoderado (no mayor a 3 meses) 1. Luz 2. Teléfono 3. Predial 4. Agua 5. Gas natural 6. Telefonía residencial o celular sujeto a plan de pago
Foreigners: 1. Passport 2. Document proving migratory status	<i>Submit proof of residence (any of the following documents) only if it does not match the official personal identification.</i> c) <i>Proof of residence of the entity or legal representative (not older than three months).</i> 1. Electricity bill 2. Phone bill 3. Property tax bill 4. Water bill 5. Natural gas bill 6. Bill of residential landline phone or cell phone subject to payment plan
Presentar comprobante de domicilio solo en caso de que no coincida con el de la identificación (cualquiera de los siguientes documentos). b) Comprobante de domicilio de la persona o del apoderado (no mayor a 3 meses) 1. Luz 2. Teléfono 3. Predial 4. Agua 5. Gas natural 6. Telefonía residencial o celular sujeto a plan de pago	d) Registros gubernamentales 1. Constancia de Situación Fiscal 2. Comprobante de inscripción para la Firma Electrónica Avanzada (FIEL) <i>d) Government Registrations</i> 1. Certificate of Tax Status 2. Proof of registration of Advances Electronic Signature (FIEL)
<i>Submit proof of address (any of the following documents) only if it does not match the official personal identification.</i> b) <i>Proof of address of the person or legal representative (not over 3 months)</i> 1. Electricity bill 2. Phone bill 3. Predial 4. Water bill 5. Natural gas bill 6. Bill of residential landline phone or cell phone subject to payment plan	e) Acta constitutiva <i>e) Articles of Incorporation</i>
	f) Cédula de identificación fiscal <i>f) Tax identification card</i>

SD - 031 • FEBRUARY 2024



Solicitud de pago e identificación del cliente Payment request and customer identification form

Presentar los siguientes documentos en copia, cuando cuente con ellos:	g) Poderes de él o los representantes <i>g) Powers of legal entity or legal representatives</i>
c) Registros gubernamentales	h) Identificación de él o los representantes <i>h) Identification of legal entity or legal representatives</i>
1. Constancia de Situación Fiscal	i) Manifiesto de futura inscripción al registro cuando sea una empresa de reciente constitución <i>i) Evidence of future registration where it is a recently created company.</i>
2. Clave Única Registro Población	j) Acta constitutiva aun si es empresa extranjera <i>j) Articles of Incorporation even if it is a foreign company</i>
3. Comprobante de inscripción para la Firma Electrónica Avanzada (FIEL)	k) Oficio nombramiento (sector público) <i>k) Official appointment (public sector)</i>
<i>Submit copy of the following documents, if available:</i>	
<i>c) Government registrations</i>	
<i>1. Certificate of Tax Status</i>	
<i>2. Unique Population Code</i>	
<i>3. Proof of registration of Advanced Electronic Signature (FIEL)</i>	

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.

In case of wire transfer:

Provide Loss payee's respective CLABE (standardize bank code) or bank statement (which must not contain unencrypted bank cards data; before submission, "data masking / crossing out data" is required so data is unreadable, and purchases not referring to the property involved must also be crossed out).

Should there be several claims, the Loss Payee authorizes AXA Seguros, S.A. de C.V. to use the information contained herein to handle and process such claims.

In case the information provided in this document is modified, the Loss Payee must update such information and notify AXA Seguros, S.A. de C.V.; or, if applicable, AXA may request information update within a maximum period of one year as of signing date of this document.

Not valid form. This translation into English is a professional courtesy only. It does not replace the Spanish form, which shall be filled out in every case and shall prevail in case of controversy. SD-031/Cbch/26Feb/24

SD - 031 • FEBRUARY 2024