



Formato de Reclamación de Siniestros Daños

Número de Póliza	Nombre del producto/seguro	Fecha del siniestro día mes año	Número de Siniestro
Datos generales del Asegurado			
Nombre completo (como aparece en su identificación oficial) / Razón social			
RFC (con homoclave) o Número de identificación fiscal en el extranjero		Fecha de nacimiento / Constitución de la empresa día mes año	
Nacionalidad (es)	País de Nacimiento / País de Constitución		Estado de nacimiento
CURP*		Teléfono	
Correo electrónico			
Ingreso Anual aproximado			
Número de serie del certificado digital de la Firma Electrónica Avanzada			
Ocupación / Giro Mercantil, actividad u objeto social		Folio mercantil del registro público (solo personas morales)	
Si cuenta con un domicilio en el extranjero indique:			
Domicilio Calle	No.	Colonia	Código Postal
Alcaldía o municipio	Ciudad o población		Estado
Nombre completo del apoderado y/o representante legal (solo personas morales)			
País de nacimiento: Fecha de nacimiento:			
Descripción del siniestro			
Datos del Beneficiario del pago (solo en caso que sea distinto al Asegurado)			
Nombre completo (como aparece en su identificación oficial) / Razón Social			
RFC (con homoclave) o número de identificación fiscal en el extranjero:			
CURP*		Fecha de nacimiento / Constitución de la empresa día mes año	
Nacionalidad (es)	País de nacimiento / Entidad federativa de constitución		Estado de nacimiento
Correo electrónico		Teléfono	

DV - 338 • JUNIO 2023



Formato de Reclamación de Sinistros Daños

Número de serie del certificado digital de la Firma Electrónica Avanzada				
Ocupación / Giro Mercantil, actividad u objeto social			Folio mercantil del registro público (solo personas morales)	
Domicilio Calle		No.	Colonia	Código Postal
Alcaldía o municipio		Ciudad o población		Estado
Nombre completo del apoderado y/o representante legal (solo personas morales)				
País de nacimiento: Fecha de nacimiento:				
Si cuenta con un domicilio en el extranjero indique				
País:		Domicilio Calle	No.	Colonia Código Postal
Alcaldía o municipio		Ciudad o población		Estado
Opción de pago				
☐ Transferencia electrónica		☐ Orden de pago		Banco Plaza Sucursal
Número de cuenta		Clabe interbancaria (Utilizada para cuentas en México/18 dígitos numéricos)		
Convenio CIE				
ABA (clave utilizada para cuentas de USA/numérica)		SWIFT (clave utilizada para cuentas del resto del mundo/alfanumérica)		
IBAN				
El Asegurado 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 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 estado de cuenta bancario o la consulta de clabe 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 clabe interbancaria.				

DV - 338 • JUNIO 2023



Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas

1. 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 desempeñan 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, funcionario o miembro de partidos políticos. En caso afirmativo describa el puesto y nombre completo	☐ Sí ☐ No
	☐ Sí ☐ No ☐ Sí ☐ No
Parentesco o vínculo _____	
2. ¿Esa persona tiene acciones o vínculos patrimoniales con una sociedad o asociaciones?	
3. ¿Actúa en nombre y cuenta propia? En caso negativo, mencione el nombre del tercero por el cual actúa _____ Acto jurídico a través del cual obtuvo el mandato o representación _____	☐ Sí ☐ No
4. ¿Es accionista o socio de una sociedad o asociación? Nombre y porcentaje de participación _____	

Pasos a seguir

- 1.- Este formato debe venir llenado y firmado en su totalidad por el Asegurado.
2.- A continuación, se enlistan los documentos a entregar junto con este formato de reclamación (consultar listado de documentos permitidos por la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas):
- Identificación oficial
 - Comprobante de domicilio no mayor a tres meses de antigüedad
 - Para pago por transferencia electrónica, estado de cuenta bancario que indique los datos de la cuenta (por ningún motivo se podrán aceptar documentos con número de datos de tarjeta (crédito/débito) en claro) o documento cuenta CLABE

Desglose de pérdidas (adjuntar en original los comprobantes base de la reclamación: facturas, tickets, etc.)

Objeto y/o reclamo de	Tipo de comprobante de preexistencia	Antigüedad de los objetos	Monto reclamado	Importe ajustado en m.n. (a ser llenado por la aseguradora)



Datos personales

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 manifestación expresa de esta autorización. Reconoce que hará del conocimiento de los titulares, que proporcionó sus datos personales a AXA Seguros, S.A. de C.V., así como el lugar en que pueden consultar el Aviso de Privacidad Integral.

Firma

DV - 338 • JUNIO 2023