Solicitud de Reclamación de Siniestros Vida
Beneficiarios Personas Físicas

Tu solicitud será revisada conforme a las condiciones de tu póliza. Para más información, consulta la guía de usuario o las condiciones generales en axa.mx

1 Datos de la póliza

Fecha de solicitud:
Día / Mes / Año
__ __ / __ __ / __ __ __ __

Número de Póliza(s):

Nombre del (los) Contratante(s):

Tipo de reclamación: Selecciona el tipo de reclamación que deseas solicitar:

☐ Fallecimiento ☐ Anticipo por Fallecimiento ☐ Gastos Funerarios ☐ Accidente
☐ Anticipo por Enfermedad Terminal ☐ Pérdida Orgánica ☐ Invalidez Total y Permanente por Enfermedad
☐ Otras causas:

2 Datos del Asegurado (en caso de reclamación coberturas en Vida)

Nombre completo, como aparece en la identificación oficial:

Domicilio (territorio nacional para oír y recibir notificaciones)
Calle y Número:

Colonia:

Código postal:

Alcaldía o Municipio:

Ciudad:

Estado:

País:

Teléfono de contacto (con clave de ciudad):
| | | | | | | | | | |

Correo electrónico del Asegurado:

En caso de reclamación por cobertura en vida, no es necesario capturar la sección 3 "Datos del Beneficiario(s) del pago y/o Representante Legal.

3 Datos del Beneficiario(s) del pago y/o Representante Legal (en caso de reclamación de cobertura por fallecimiento del Asegurado)

Nombre completo, como aparece en la identificación oficial:

Parentesco con el Asegurado:

Ocupación o profesión:

Domicilio (territorio nacional para oír y recibir notificaciones)
Calle y Número:

Colonia:

Código postal:

Alcaldía o Municipio:

Ciudad:

Estado:

País:

Teléfono de contacto (con clave de ciudad):
| | | | | | | | | | |

Correo electrónico:

Artículo 492: Ley de Instituciones de Seguros y de Finanzas

1.¿Tú, tu cónyuge o algún familiar hasta segundo grado es una Persona Políticamente Expuesta (PEP)?

☐ SÍ ☐ NO

En caso afirmativo, indica el nombre de la PEP, cargo que desempeña o desempeñó y, cuando corresponda, tu relación o parentesco con ella:

2. ¿Actúas en nombre y cuenta propia?

☐ SÍ ☐ NO

En caso negativo, indica el nombre completo de la persona por cuenta de quien actúas:

Proporcionar la siguiente información en caso de tener nacionalidad en Estados Unidos o residencia fiscal en el extranjero (aplica únicamente para pólizas individuales).

País de la nacionalidad:	País de residencia:
No. de Identificación Fiscal:	Green Card (en caso de minoría de edad):
Domicilio en el extranjero:	

4 Opción de pago

☐ Orden de pago (montos menores a $20,000)
☐ Transferencia electrónica
☐ Transferencia electrónica en el extranjero

Para pago con moneda nacional

RFC con homoclave:	Clabe interbancaria (utilizada para cuentas en México (18 dígitos numéricos):

Para pago en el extranjero

Código ABA (aplica únicamente para cuentas bancarias en Estados Unidos):	Código SWIFT (clave utilizada para cuentas del resto del mundo):
Código IBAN (aplica para cuentas bancarias de países que utilizan este identificador):	País de origen de la cuenta:

El Asegurado, Beneficiario o su representante legal declaran que la cuenta bancaria proporcionada está a su nombre. En caso de datos incorrectos o de una cuenta a favor de un tercero, eximen a la compañía de responsabilidad por los pagos o depósitos realizados.
La compañía realizará los pagos cubiertos por el seguro según el contrato, sin que esto implique obligación adicional ni renuncia a derechos reservados en la póliza. Al recibir el pago de indemnización, el Beneficiario otorga a AXA Seguros, S.A. de C.V., el finiquito más amplio en derecho, sin reservar acciones civiles, penales o de otra índole contra la compañía por el siniestro reclamado.
Autorizo y doy mi consentimiento expreso y por escrito mediante mi firma en el presente formato a AXA Seguros, S.A. de C.V. ("AXA"), con domicilio en Avenida Félix Cuevas 366, Piso 6, Colonia Tlacoquemécatl, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03200, Ciudad de México, para lo siguiente:
1. El tratamiento de mis datos personales, incluyendo datos financieros, patrimoniales y sensibles ("Datos"), con los fines relacionados con nuestra relación jurídica o contractual, así como las demás finalidades contempladas en el Aviso de Privacidad Integral de AXA, disponible en axa.mx
2.- AXA analice, valide y solicite en mi nombre y representación, la información necesaria sobre la póliza, mi reclamación o siniestro, evento reclamado, antecedentes médicos o de salud de la persona asegurada, pudiendo obtenerla de instituciones, profesionales de la salud, laboratorios, autoridades o dependencias y autorizo a dichas instituciones y profesionales a proporcionar la información solicitada a AXA, eximiéndolos de responsabilidad por su transmisión.
3. Adicionalmente, doy mi consentimiento para que AXA transfiera mis Datos de contacto a mi agente, cuyo correo es (correo del agente): _____ para que me ofrezca productos y servicios de AXA. Puedo manifestar mi oposición a esta transferencia en cualquier momento por escrito, de lo contrario, mi autorización la manifiesto mediante la firma expresa de este formato.

1.-Para reclamaciones de Fallecimiento, Anticipo por Fallecimiento, Gastos Funerarios o Apoyo Económico adicional por Gastos Funerarios, la firma corresponde a los Beneficiarios.
2.- Para reclamaciones de Invalidez Total y Permanente, Enfermedad, Pérdida Orgánica o Anticipo por Enfermedad Terminal, la firma corresponde al Asegurado.
3.- En caso de que el Beneficiario, el Asegurado o la persona con derecho sobre la póliza que reclame el pago del seguro no pueda o no sepa firmar, deberá manifestarlo y asentar con tinta las huellas digitales de los dedos pulgar e índice de la mano derecha en este documento. Asimismo, una persona deberá firmar a su ruego como testigo, anexando copia simple de su identificación oficial vigente*.

Nombre completo del Testigo	**Firma del Testigo**

Firma del Asegurado, Beneficiario o Representante Legal / Huella

Para envio de documentación de expediente digital o, en caso de dudas, enviar al correo electrónico, siniestrosvidabroker@axa.com.mx o llámanos al 800 900 1292. Opción 1.