



Vida y Ahorro  
Solicitud de Reclamación de Siniestros Vida  
Beneficiarios Personas Físicas

Los campos marcados con \* son opcional.

Datos de la Póliza											
Siniestro					Fecha de solicitud						
					Día	Mes		Año			
Número de Póliza(s)				Número de certificado(s)							
Nombre de (los) Contratante(s)											
Origen de la reclamación											
<input type="checkbox"/> Fallecimiento	<input type="checkbox"/> Anticipo por Enfermedad Terminal	<input type="checkbox"/> Pérdida Orgánica	Fecha de siniestro			Día	Mes		Año		
<input type="checkbox"/> Anticipo por Fallecimiento	<input type="checkbox"/> Invalidez Total y Permanente	<input type="checkbox"/> Otras causas	Especifique _____								
La causa del siniestro se debió a <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Causas naturales <input type="checkbox"/> Otras causas											
Datos del Asegurado											
Nombre completo de la persona (como aparece en su identificación oficial)					Nacionalidad(es)			Fecha de nacimiento			
								Día	Mes		
Domicilio		No.	Colonia			Código postal		Alcaldía o municipio			
Calle											
Ciudad		Estado			País		Teléfono				
RFC con homoclave		CURP				Actividad o giro del negocio					
Número de serie del certificado de la Firma Electrónica Avanzada*					Ocupación/profesión del Asegurado a la fecha del siniestro						
País y estado de nacimiento		No. de Identificación Fiscal (se refiere al equivalente del RFC en el país que corresponda)									
En caso de contar con domicilio y/o residencia fiscal en el extranjero indicar: País: _____											
Domicilio: _____											
Datos del (los) Beneficiario(s) del pago y/o Representante Legal (persona física)											
Para el caso en el que se reclame el Fallecimiento, Anticipo por Fallecimiento, Gastos Funerarios o Apoyo Económico Adicional por Gastos Funerarios firman los Beneficiarios. Para el caso en el que se reclame Invalidez Total y Permanente, Enfermedad, Pérdida Orgánica o Anticipo por Enfermedad Terminal firma el Asegurado.											
Nombre completo de la persona (como aparece en su identificación oficial)					Parentesco con el Asegurado						
Ocupación o profesión				Actividad o giro del negocio			Nacionalidad(es)				
País y estado de nacimiento				Número de serie del certificado de la Firma Electrónica Avanzada*							
Fecha de nacimiento			Domicilio en territorio nacional para oír y recibir notificaciones					No.			
Día	Mes		Año	Calle							
				Código postal		Colonia	Alcaldía o municipio		Ciudad	Estado	País
RFC con homoclave				CURP			Correo electrónico				
Teléfono				No. de Identificación Fiscal (se refiere al equivalente del RFC en el país que corresponda)							
En caso de contar con domicilio y/o residencia fiscal en el extranjero indicar: País: _____											
¿Doble nacionalidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál? _____											

<b>Domicilio</b> Calle	No.	Colonia	Código postal	Alcaldía o municipio
Ciudad	Estado		País	Teléfono
<b>Opción de pago</b>				
<input type="checkbox"/> Transferencia electrónica <input type="checkbox"/> Orden de pago (montos menores a \$20,000)		Banco	Plaza	Sucursal
Clabe interbancaria (utilizada para cuentas en México/18 dígitos numéricos)				
ABA (Clave utilizada para cuentas de USA/numérica)		SWIFT (Clave utilizada para cuentas del resto del mundo/alfanumérica)		
IBAN (Código Internacional de Cuenta Bancaria/alfanumérico)				
País de origen de la cuenta			Moneda de la cuenta	
<p>El Asegurado o Beneficiario, o su representante legal declara, bajo protesta de decir verdad, que la cuenta bancaria aquí proporcionada se encuentra a su nombre, 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.</p> <p><b>Nota:</b> la Compañía de seguros procederá al(los) pago(s) que se encuentre(n) cubierto(s) conforme al contrato del 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 pago por concepto de 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 Compañía, 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 precedente 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 proporcionado en el estado de cuenta bancario o la consulta de clabe interbancaria, correspondiente al Beneficiario del pago y anexo a este formato.</p>				
<p>En caso de reclamación por Fallecimiento, Anticipo por Fallecimiento, Gastos Funerarios o Apoyo Económico adicional por Gastos Funerarios, firma el beneficiario. En caso de reclamación por Invalidez Total y Permanente, Enfermedad Terminal, Anticipo por Enfermedad Terminal o Pérdida Orgánica firma el Asegurado.</p>				
<p>Con la firma de la presente solicitud el cliente declara que se le hizo entrega de la copia de la presente autocertificación. En caso de requerir una copia adicional puede solicitarla a su agente o bien, en las oficinas de AXA Seguros ubicadas en Félix Cuevas 366, Col. Tlacoquemécatl, Del. Benito Juárez, 03200, Ciudad de México, México en la Ventanilla Integral de Atención de AXA. Para consultar otras oficinas de atención en el país ver <a href="http://axa.mx/web/servicios-axa/centros-de-atencion">axa.mx/web/servicios-axa/centros-de-atencion</a>. El horario de atención es de lunes a jueves de 8:00 a 17:30 horas y viernes de 8:00 a 16:00 horas.</p> <p>Tus datos serán tratados de conformidad con lo establecido en nuestro Aviso de Privacidad, ubicado en <a href="http://axa.mx">axa.mx</a>, y para todos los fines del Contrato de Seguro.</p> <p>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 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 <a href="http://axa.mx">axa.mx</a> en la sección Aviso de Privacidad.</p> <p><input type="checkbox"/> Autorizo el tratamiento de mis datos personales financieros y patrimoniales para efectos de lo antes previsto.</p> <p>Para aquellos datos personales considerados sensibles, la firma de este documento servirá como manifestación expresa de esta autorización.</p> <p>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..</p>				

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

1. Mencione si usted, su cónyuge o pariente colateral hasta segundo grado, es una persona políticamente expuesta <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
En caso afirmativo, nombre completo	Relacion y puesto desempeñado
2. ¿Actúa en nombre y cuenta propia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso negativo, mencione el nombre del tercero por el cual actúa
Acto jurídico a través del cual obtuvo el mandato o representación	Parentesco o vínculo con usted

### Pasos a seguir en una reclamación

1. Recabar toda la documentación obligatoria para iniciar el trámite de acuerdo con el riesgo ocurrido. Llenar toda la solicitud de reclamación con letra clara y todos los campos obligatorios.

Documentos	Póliza Individual		Póliza de Grupo	
	Fallecimiento	Otros beneficios	Fallecimiento	Otros beneficios
Solicitud de reclamación personas físicas (formato de AXA).	✓	✓	✓	✓
Resumen clínico del médico tratante en original, amplio y detallado con antecedentes patológicos y no patológicos completos, con fechas de diagnóstico y tratamiento.		✓		✓
Recibo de nómina del asegurado a la fecha de siniestro cuando la Póliza sea vía descuento por nómina.	✓	✓		
Recibo de nómina del Asegurado a la fecha de siniestro (si se trata de Póliza con relación laboral).			✓	
Recibo de nómina del Asegurado a la fecha de siniestro.				✓
Original o copia certificada del acta de nacimiento del Asegurado.	✓	✓	✓	✓
Original o copia certificada del acta de nacimiento del (los) beneficiario(s).	✓		✓	
Original o copia certificada del acta de defunción del Asegurado.	✓		✓	
Original o copia certificada de acta de matrimonio (en caso de que alguno de los Beneficiarios sea cónyuge), o jurisdicción voluntaria en caso de concubinato.			✓	
Original o copia certificada de acta de matrimonio (en caso de que alguno de los Beneficiarios sea cónyuge).	✓			
En caso de que la muerte sea a consecuencia de un accidente: copia certificada o cotejada de la carpeta de investigación completa.	✓		✓	
Dictamen Oficial de Invalidez (IMSS, ISSSTE, SSA). En caso de no contar con seguridad social deberá presentar Dictamen de Invalidez emitido por médico especialista en la materia, en original, adjuntando los estudios de laboratorio, histopatológicos y gabinete realizados (radiografías, resonancias magnéticas, tomografía, ultrasonido, etc.).		✓		✓
Copia simple de identificación oficial del Asegurado.	✓	✓	✓	✓
Copia simple de identificación oficial del (los) beneficiario(s).	✓		✓	

Documentos	Póliza Individual		Póliza de Grupo	
	Fallecimiento	Otros beneficios	Fallecimiento	Otros beneficios
Cuenta clabe interbancaria a nombre del beneficiario.	✓	✓	✓	✓
Copia de comprobante de domicilio (no mayor a tres meses).	✓	✓	✓	✓
Cédula de Consentimiento firmada en original por el Asegurado, en formato de AXA, que contenga designación de Beneficiarios.			✓	
Carátula de Póliza y documentación contractual.	✓	✓		
Alta ante el IMSS, contrato laboral o documentación que acredite el vínculo entre el Contratante y el Asegurado.			✓	

2. Entregar en las oficinas de AXA los documentos para iniciar la reclamación.

3. La oficina de AXA en donde se entregaron los documentos dará seguimiento a la respuesta del trámite.  
Es importante que proporcione correctamente sus datos personales como: teléfono, correo electrónico, dirección, entre otros.

#### Conceptos básicos

**Persona políticamente expuesta:** es aquella que desempeña o ha desempeñado 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 o funcionario o miembro de partidos políticos y organizaciones internacionales.

**Póliza de Grupo:** Póliza contratada a través de una empresa. El Asegurado tiene relación laboral, se adhiere de forma voluntaria o cuenta con un crédito con el Contratante.

**Póliza Individual:** Póliza contratada directamente por el Asegurado.

**Copia certificada:** documento certificado ante notario público o autoridad competente.

La recepción de documentación no prejuzga sobre la procedencia o improcedencia de la reclamación.

La Compañía se reserva el derecho de solicitar algún documento o información sobre los hechos relacionados con el siniestro, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

**Para cualquier duda o aclaración** favor de comunicarse de la Ciudad de México al **55 5169 5999** o del interior de la república al **800 911 2639** AMERICAN EXPRESS INSURANCE SERVICES UNIDAD ESPECIALIZADA EN SEGUROS  
Horario de atención: **Lunes a Viernes de 08:00 a 19:00 hrs.**

Dudas, quejas o sugerencias envía al correo electrónico: [siniestrosvida@axa.com.mx](mailto:siniestrosvida@axa.com.mx) o llámanos al **800 900 1292**.

**En caso de ser más de un Beneficiario llenar el formato Otros Beneficiarios para poder tramitar la reclamación para cada uno.**

En caso de que el Beneficiario, Asegurado o a quien se ceda el derecho de la Póliza y que reclame el pago del seguro no sepa o no pueda firmar, deberá expresarse esta circunstancia e imprimir la huella digital de sus dedos pulgar e índice derechos, y que dos personas firmen a su ruego como testigos. Anexar de los testigos, copia simple de su credencial de elector, de su pasaporte o de su cédula profesional por ambos lados.

Hacemos constar que en nuestra presencia \_\_\_\_\_ imprimió su huella digital en virtud de no saber o no poder firmar y después de haber sido enterado del contenido de la solicitud de reclamación, manifestó expresamente su conformidad con ella y a su ruego firmó.

Nombre y firma del beneficiario	Lugar y fecha
Nombre completo del testigo 1	Firma
Nombre completo del testigo 2	Firma

Esta documentación es enunciativa sin perjuicio del derecho de la Compañía establecido en el artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro de requerir información adicional.