



Instrucciones

1. Los campos marcados con asterisco son obligatorios.
2. Utilice este formato para darse de alta en esta forma de pago o para actualizar su información bancaria.
3. Personas físicas: anexar copia de identificación oficial por ambos lados y documento cuenta CLABE.
4. Personas morales: anexar copia de poder notarial, identificación oficial del apoderado legal y documento cuenta CLABE.
5. No se admiten tarjetas de crédito, cuentas de inversión o dolarizados, solo cuentas de cheques en moneda nacional.

Información general

Tipo de trámite <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Actualización	Persona <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Moral	Solicitante <input type="checkbox"/> Cliente <input type="checkbox"/> Beneficiario <input type="checkbox"/> Proveedor
---	---	--

Si es cliente, su reclamación es de

Gastos Médicos Auto Daños Vida

Información general del beneficiario del pago

Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social*

Ocupación o profesión

Actividad o giro del negocio

Nacionalidad

Mexicana Extranjera

Fecha de nacimiento*

Día Mes Año

Teléfono

Domicilio

Calle

No. exterior

No. interior

Código postal

Colonia

Delegación o municipio

Ciudad

Estado

RFC*

CURP*

Correo electrónico*

¿Actualmente cuenta con otro seguro?

Sí No Aseguradora:

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 o, en caso de ser prestador de servicios fuera de red, 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/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 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, incluyendo los datos del correo electrónico, teléfono, sucursal y plaza en caso de que no sea visible en la consulta de la clabe interbancaria.



Solicitud de Pago por Transferencia Electrónica

Domicilio actual			
Calle	No. exterior	No. interior	Colonia
Delegación o municipio	Ciudad	Estado	Código postal
Información bancaria			
Banco*	Nombre y no. de plaza bancaria*	No. de sucursal*	
No. de cuenta*	Clabe interbancaria* (utilizada para cuentas en México/18 dígitos numéricos)		
Favor de llenar los siguientes campos si su cuenta es en dolares (no aplica para Gastos Médicos)			
ABA (clave utilizada para cuentas de EUA/numérica)	SWIFT (clave utilizada para cuentas del resto del mundo/alfanumérica)		
Declaro conocer y estar de acuerdo con el Aviso de Privacidad de AXA Seguros, S.A. de C.V. por lo que de conformidad con lo dispuesto por la Ley Federal de Datos Personales en Posesión de los Particulares autorizo que los datos personales proporcionados en esta solicitud puedan utilizarse para todos los fines del Contrato de Seguro.			
Firma del beneficiario del pago		Lugar y fecha	