



**Instrucciones:**

1. Es necesario llenar el presente formato en su totalidad, sin dejar espacios en blanco. Utilice letra de molde, legible y tinta negra. Este documento es inválido si presenta tachaduras y/o enmendaduras.
2. Debe ser firmado por el Asegurado afectado y/o titular de la Póliza, o por su representante legal en caso de ser menor de edad.
3. La recepción de este formato no obliga a AXA Seguros a admitir la procedencia de la reclamación, esta será evaluada conforme al Contrato de Seguro.
4. Es importante que nos proporcione los datos del Asegurado afectado para poder informarle del estatus y seguimiento a su siniestro.
5. Anexar los siguientes documentos para sustentar su solicitud: identificación oficial, informe médico (no mayor a 6 meses), copia de la Carátula de la Póliza.

**Información general de la Póliza**

Nombre completo del Contratante de la Póliza:	No. de Póliza:	No. de Certificado (en caso de contar con este número):
---	----------------	---

**Datos del Asegurado afectado**

Apellido paterno:		Apellido materno:		Nombre(s):	
Edad	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento:	Día	Mes	Año
Nacionalidad:		Ocupación / Profesión / Giro del negocio:			
RFC:			CURP:		
<b>Domicilio:</b>			No. exterior:	No. interior:	
Calle:					
Colonia:	Código postal:	Alcaldía o municipio:	Población o ciudad:	Estado:	
Número de Firma Electrónica Avanzada:					
Correo electrónico:		Teléfono (con clave de ciudad):		Tel. celular (con clave de ciudad):	

**Datos de contacto del Asegurado afectado** (en caso de ser el asegurado afectado menor de edad, por favor colocar los datos de contacto del tutor)

Nombre completo					
Correo electrónico:		Teléfono (con clave de ciudad):		Tel. celular (con clave de ciudad):	

**En caso de recibir apoyo de familiares o conocidos, es necesario llenar los siguientes datos de contacto**

Contacto 1					
¿Cuál es la relación con el Asegurado afectado?					
<input type="checkbox"/> Familiar		<input type="checkbox"/> Esposo(a) o cónyuge		<input type="checkbox"/> Amigo o conocido	
<input type="checkbox"/> Agente					
Apellido paterno:		Apellido materno:		Nombre(s):	
Correo electrónico:		Teléfono (con clave de ciudad):		Tel. celular (con clave de ciudad):	

AI - 462 • JULIO 2025



<b>Contacto 2</b>		
¿Cuál es la relación con el Asegurado afectado?		
<input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Espos(a) o cónyuge <input type="checkbox"/> Amigo o conocido <input type="checkbox"/> Agente		
Apellido paterno:	Apellido materno:	Nombre(s):
Correo electrónico:	Teléfono (con clave de ciudad):	Tel. celular (con clave de ciudad):
<b>Tipo de evento</b>		
<input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Maternidad		
Motivo por el cual acudió a la atención médica (descripción de los síntomas):		
En caso de accidente, describa el lugar, cuándo y cómo ocurrió el evento, detallando qué provocó la lesión:		
Hospital, Clínica o Sanatorio que brinda la atención:		
Hospital, Clínica o Sanatorio donde recibió la primera atención del presente padecimiento:		
Fecha en que visitó por primera vez al médico por este padecimiento:	Día	Mes      Año
¿Se ha tratado anteriormente por este padecimiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<b>Aviso de Privacidad</b>		
<p>Autorizo a AXA Seguros, S.A. de C.V. ("AXA") con domicilio en Avenida Félix Cuevas 366, piso 3, Colonia Tlacoquemécatl, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03200, Ciudad de México) llevar a cabo el tratamiento de mis datos personales, incluidos patrimoniales, financieros y sensibles ("Datos"), para procesar la presente solicitud, en su caso la operación de la póliza, así como para todos los demás fines vinculados con la relación jurídica/contractual que tengamos celebrada, o en su caso se vaya a celebrar y demás finalidades especificadas en el aviso de privacidad integral, disponible en axa.mx en la sección Aviso de Privacidad. Con la firma de esta solicitud de seguro, autorizo a AXA el tratamiento de mis Datos, finalidades y su transferencia a terceros autorizados.</p> <p>Si proporciono Datos de terceros, me comprometo a informarles sobre su entrega, finalidades y dónde consultar el Aviso de Privacidad Integral.</p> <p>Podré oponerme al tratamiento de mis Datos para finalidades secundarias como ofrecimiento y promoción de servicios, mediante el procedimiento establecido en el aviso de privacidad integral, disponible en axa.mx</p> <p>Autorizo mediante la presente firma de forma expresa y por escrito la transferencia de mis "Datos" relativos a la siniestralidad de mi póliza, incluyendo datos personales sensibles, al Contratante de la misma para el trámite de mis siniestros y demás finalidades especificadas en el Aviso de Privacidad Integral.</p>		
Firma del asegurado: _____		

AI - 462 • JULIO 2025