



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

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(s), apellido paterno, apellido materno		Nacionalidad		Fecha de nacimiento	
		<input type="checkbox"/> Mexicana <input type="checkbox"/> Extranjera		Día Mes Año	
Domicilio		No.	Colonia	Código postal	Delegación o municipio
Calle					
Ciudad		Estado		País	Teléfono
					01
R.F.C.		C.U.R.P.		Actividad o giro del negocio	
Ocupación/profesión del Asegurado a la fecha del siniestro					
Lugar de Nacimiento		No. De Identificación Fiscal (se refiere al equivalente del RFC en el país que corresponda)			
¿Doble nacionalidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál?			¿Ciudadanía en el extranjero? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál?		
¿Residencia Fiscal en el extranjero? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál?					
Datos del(de 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(s), apellido paterno, apellido materno				Parentesco con el Asegurado	
Ocupación o profesión			Actividad o giro del negocio		Nacionalidad
					<input type="checkbox"/> Mexicana <input type="checkbox"/> Extranjera
País de nacimiento			FIEL (FEA) - Número de firma electrónica avanzada		
Fecha de nacimiento		Teléfono		Domicilio	
Día Mes Año		01		Calle	
Código postal		Colonia		Delegación o municipio	
R.F.C.		C.U.R.P.		Correo electrónico	
Lugar de Nacimiento		No. de Identificación Fiscal (se refiere al equivalente del RFC en el país que corresponda)			

¿Doble nacionalidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál?		¿Ciudadanía en el extranjero? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál?		
¿Residencia Fiscal en el extranjero? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál?				
Llenar estos datos en caso de ser extranjero				
Domicilio Calle		No.	Colonia	Código postal
Ciudad		Estado		Delegación o municipio
		País		Teléfono 01
Ocupación/profesión del Asegurado a la fecha del siniestro				
Opción de pago				
<input type="checkbox"/> Transferencia electrónica <input type="checkbox"/> Orden de pago		Banco	Plaza	Sucursal
Número de cuenta		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 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 ésta efectúe.</p> <p>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 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.</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>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, México, Ciudad de México en la Ventanilla Integral de Atención de AXA. Para consultar otras oficinas de atención en el país ver axa.mx/web/servicios-axa/centros-de-atencion. 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 axa.mx, y para todos los fines del contrato de seguro.</p> <p>Cruzar la casilla que corresponda: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Otorgo mi consentimiento expreso para que AXA transfiera con mi agente de seguros, la siniestralidad de mi Póliza. En este sentido, el agente tendrá carácter de Responsable en términos de la Ley Federal de Datos Personales en Posesión de los Particulares de los datos personales y datos personales sensibles que AXA le transfiera. Correo electrónico del agente _____</p>				
Nombre y firma			Lugar y fecha	

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 en su caso, 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 completo del testigo 1	Firma
Nombre completo del testigo 2	Firma

Artículo 492 Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas

1. Mencione si usted, su cónyuge o pariente colateral hasta 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, funcionarios o miembro de partidos políticos. Sí No

En caso afirmativo, describa el puesto _____ Parentesco o vínculo _____

2. ¿Esa persona tiene acciones o vínculos patrimoniales con alguna sociedad o asociación? Sí No
Especifique: _____

3. ¿Actúa en nombre y cuenta propia? Sí 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 _____

4. ¿Es accionista o socio de alguna sociedad o asociación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre y porcentaje de participación _____	Firma

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 (de los) beneficiario(s).	✓		✓	
Original o copia certificada del acta de defunción del asegurado.	✓		✓	

SY-036 - JUNIO 2017

DOCUMENTOS	PÓLIZA INDIVIDUAL		PÓLIZA DE GRUPO	
	FALLECIMIENTO	OTROS BENEFICIOS	FALLECIMIENTO	OTROS BENEFICIOS
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 (de los) beneficiario(s).	✓		✓	
Copia simple de estado de cuenta, en caso de solicitar pago por transferencia electrónica.	✓	✓	✓	✓
Copia de comprobante de domicilio (no mayor a tres meses).	✓	✓	✓	✓
Cedula de Consentimiento firmada en original por el Asegurado, en formato de AXA, que contenga designación de beneficiarios.			✓	
Caratula 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

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.

Dudas, quejas o sugerencias envía al correo electrónico: siniestrosvida@axa.com.mx o llámanos al 01 800 900 1292.

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.